

Dictamen n.º: **348/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.06.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 10 de junio de 2026, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., hijo de D., representando también a su madre y hermana, por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada a su padre en el Hospital Universitario General de Villalba, a raíz de una úlcera cutánea que se infectó, ocasionándole su fallecimiento.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Los interesados anteriormente citados, por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el 2 de enero de 2018, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario General de Villalba, al que imputan mala *praxis* por falta del tratamiento adecuado de una úlcera cutánea que sufría su padre y que se infectó.

El escrito de reclamación relata que el 19 de noviembre de 2016 familiar de los reclamantes fue trasladado desde el Hospital Universitario La Fuenfría de Cercedilla, al Hospital Universitario General de Villalba, tras detectarle pérdida de sangre por el ano en un proceso rutinario de cambio de ropa. Se indica que ingresó en el Hospital Universitario General de Villalba el 20 de noviembre de 2016.

La reclamación continúa explicando que el paciente quedó, tras su ingreso, a cargo del Servicio de Medicina Interna, recuperándose de la hemorragia digestiva, pero que, durante la hospitalización, comenzó con un cuadro de fiebre que, según les habrían indicado los médicos, podría estar relacionado con una úlcera cutánea que se infectó, falleciendo el 3 de enero de 2017.

El escrito de reclamación niega que se ofreciera la asistencia sanitaria adecuada al familiar de los interesados, tanto en lo relativo a las medidas nutricionales que tenía prescritas, careciendo el hospital del personal y medios adecuados, como por la falta de medidas higiénicas necesarias, especialmente, en cuanto al trabajo de los enfermeros para la vigilancia y desinfección de las lesiones padecidas durante la hospitalización.

Por último, la reclamación no cuantifica la indemnización solicitada, ni aporta datos médicos, solicitando como medio de prueba que se recabe toda la información clínica existente.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del presente dictamen:

El familiar de los reclamantes, de 84 años de edad en la fecha de los hechos, presenta los siguientes antecedentes médicos: factor de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial desde 2004 en tratamiento farmacológico, diabetes mellitus de tipo I de más de 50 años de evolución con afección metadiabética en forma de retinopatía

proliferativa, por la que sufre ceguera en el ojo izquierdo y disminución de la agudez visual del ojo derecho; polineuropatía diabética y nefropatía diabética, así como dosis letal conocida en tratamiento farmacológico.

Además, el paciente había sufrido un episodio de hemorragia digestiva alta por esofagitis severa en 2004, y una cardiopatía isquémica por enfermedad coronaria de tres vasos no revascularizable con función sistólica conservada, realizándole una coronariografía el 21 de julio del 2005, con resultado de calcificación severa de las coronarias, tronco coronario sin lesiones, arteria descendente anterior con ateromatosis severa proximal con estenosis severa a varios niveles y con lesiones distales con un vaso de pequeño calibre. Portador de marcapasos desde 2013 con flutter auricular en tratamiento con acenocumarol. Asimismo, el padre del reclamante padeció cáncer urotelial en 2010 encontrándose en el momento de los hechos, en seguimiento por el Servicio de Urología.

Por último, el paciente en 2016 desarrolla una isquemia crónica grado IV en miembros inferiores revascularizada, y una úlcera de evolución tórpida, pendiente de amputación, siendo su último ingreso en julio de 2016 en el Servicio de Cirugía Vascular por celulitis a dicho nivel, con el último exudado en agosto 2016, en el que se diagnostica pseudomonas aeruginosa y citrobacter freundii.

El 20 de octubre de 2016, es trasladado por los familiares al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Doce de Octubre tras encontrarle en el suelo el día antes, refiriendo su deterioro con inestabilidad en la marcha y presencia de ataxia e incapacidad para mantener el tronco erguido incluso en sedestación, con movimientos espontáneos en las extremidades y disuria, además, de pérdida del apetito. Tres días antes comenzó con nueva insulina (Degludec)

introducida por el endocrino, debido al difícil control de la diabetes tipo 1 de larga evolución.

Durante su estancia en el Hospital Universitario Doce de Octubre recibe antibiótico empírico cubriendo foco urinario y respiratorio, completando 7 días, sin aislamientos microbiológicos, evolucionando a una mejoría del nivel de conciencia con el ajuste de la medicación antipsicótica.

El paciente es trasladado el 15 de noviembre de 2016, desde el Hospital Universitario Doce de Octubre al Servicio de Cuidados Continuos del Hospital Universitario La Fuenfría, para los cuidados de la cetoacidosis diabética, del síndrome confusional repentino y del deterioro funcional a raíz de proceso infeccioso agudo, unido a las úlceras isquémicas en miembros inferiores secundarias que evolucionan a isquemia crónica grado IV no revascularizable. Además, presenta un ajuste difícil de las cifras de glucemia, con hipoglucemias ocasionales oligosintomáticas, precisando ajuste de tratamiento por parte del endocrino.

A la llegada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Fuenfría presenta febrícula, desorientación, bradipsiquia y disartria. Además, se detecta gangrena seca del cuarto dedo del pie que no impresiona de infección subyacente, infección urinaria, hiponatremia e hiperpotasemia, con alteración del perfil cardíaco secundario a rabdomiólisis cubriendo con antibioterapia IV. Realizada radiografía de tórax no se evidencian datos de interés y en la tomografía computarizada craneal no se observan datos de sangrado ni otra patología aguda. Comentado el caso con el Servicio de Cardiología, desestiman modificaciones del tratamiento por su parte.

No obstante, ante la sospecha de posible ictus vertebrobasilar, se realiza una ecografía de troncos supraaórticos, sin que se aprecien

alteraciones. Además, se realiza una punción lumbar, que descarta infección a nivel del sistema nervioso central.

Asimismo, por la edad y la situación funcional con antecedentes de hemorragia digestiva alta y por la caída al suelo, se decide suspender la anticoagulación y mantener el tratamiento antiagregante con Adiro.

El 16 de noviembre de 2016 el paciente sufre una rectorragia (aproximadamente 100cc coágulos+ sangre fresca en el pañal) sin dolor abdominal, acordando el 19 de noviembre su derivación al Hospital Universitario General de Villalba por el agravamiento de su estado.

Ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario General de Villalba el 19 de noviembre de 2016, donde, tras su seguimiento y consultar con endoscopista de guardia a petición de la familia, se decide que sea ingresado en el hospital, y en el caso de que se aprecie anemia o inestabilidad hemodinámica se le vuelva a consultar. El 20 de noviembre de 2016, es trasladado a planta quedando a cargo del Servicio de Medicina Interna, con el diagnóstico de rectorragia con estabilidad hemodinámica en ese momento, sujeto a tratamiento multifarmacológico.

En los días sucesivos al ingreso en la planta del hospital (20, 21 y 27 de noviembre, así como 5 de diciembre de 2016), se le realizan diferentes pruebas, concretamente, rayos x de abdomen y de tórax, tomografía computarizada abdomino-pélvica con contraste, y otra tomografía de tórax sin administración de contraste, y una ecografía Doppler de miembro superior izquierdo detectando la existencia de derrame pleural bilateral de hasta 5.6 centímetros de espesor máximo en el lado derecho, y de 4.5 centímetros en el lado izquierdo con atelectasia compresiva de parénquima subyacente, trombosis venosa

profunda en tercio proximal de la vena basílica con extensión hacia la vena axilar y subclavia, con signos de cronicidad en esta última localización, imagen calcificada de 11 mm de diámetro máximo de parénquima atelectasiado del lóbulo inferior derecho de probable carácter residual, bronquiectasias cilíndricas en segmento apical y posterior con atelectasia subsegmentaria secundaria por tracción y granuloma calcificado y nódulo de 4 mm de carácter indeterminado.

Asimismo, al paciente se le realizan análisis el 20 y el 28 de noviembre, así como el 7 el 19 y el 22 de diciembre.

El 3 de diciembre de 2016, presenta un cuadro de hiperglucemia y escaso nivel de conciencia, por lo que se acuerda sondar al paciente tras consulta con el endocrino, iniciando tratamiento intensivo con sueroterapia a ritmo lento y se le administra bomba de insulina, siguiendo las recomendaciones del intensivista, procediendo a solicitar pruebas de rayos x. El cuadro de hiperglucemia se repite el 14 y el 16 de diciembre.

A fecha de 23 de diciembre de 2016, el paciente ha sido objeto de distintos procedimientos asistenciales: catéter venoso central de inserción periférica; sondaje vesical y sonda nasogástrica para alimentación enteral, se encuentra encamado, con incontinencia fecal y urinaria, siendo totalmente dependiente, requiriendo gafas nasales para respirar. Por otro lado, padece seis úlceras en diferentes partes del cuerpo (talones, dedos de los pies, en los genitales y en el sacro), algunas de tipo arterial, otras por presión, todas ellas ya en grado III y IV.

El 20 de diciembre de 2016 el nutricionista constata que el paciente padece demencia, y una desnutrición proteicocalórica, solicitando prueba de rayos x de tórax, y se inicia la hidratación con agua libre. El 3 de enero de 2017 se produce el fallecimiento del padre del reclamante.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Mediante oficio de 30 de enero de 2018, el reclamante es requerido para que acredite la representación que manifiesta ostentar en la reclamación, a favor de su madre y de su hermana.

El 7 de febrero de 2018 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación e informa que el hospital en el que ocurren los hechos objeto de reclamación, no está incluido en la cobertura del seguro contratado.

En escrito presentado el 27 de febrero de 2018, el reclamante hijo del fallecido, informa que el 24 de abril de 2017 falleció su madre, por lo que determina su carácter de perjudicada, ostentando él su representación, desde la fecha de fallecimiento de su marido el 3 de enero de 2017, al momento de su propio óbito, el 24 de abril de 2017.

En relación a su hermana, consta apoderamiento *apud acta* ante técnica del área de responsabilidad patrimonial, suscrito el 27 de febrero de 2018.

Por otro lado, en oficio de 30 de enero de 2018, el SERMAS requiere al Hospital Universitario General de Villalba para que remita los informes de los servicios que prestaron la asistencia sanitaria cuestionada, en concreto, requiere los informes del Servicio de Urgencias, del Servicio de Medicina Interna y del Servicio de Supervisión de la Unidad de Hospitalización.

Asimismo, el Hospital Universitario Doce de Octubre informa al SERMAS el 30 de enero de 2018, que el Juzgado de Instrucción

número 43, de Madrid, está conociendo sobre los hechos denunciados en relación con la asistencia sanitaria recibida por el familiar de los reclamantes.

La resolución de 6 de febrero de 2018, notificada el 21 de febrero, el SERMAS acuerda el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial, informa a los reclamantes de la normativa que rige la tramitación y el plazo de resolución, según los artículos 21.2, 67, 81 y 91 de la LPAC, respectivamente, pero erróneamente, se indica que el procedimiento comienza por los hechos denunciados derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Doce de Octubre, con suspensión del procedimiento administrativo, por la existencia de un proceso penal que está conociendo de esos hechos.

Los reclamantes presentan un escrito el 5 de abril de 2018, aclarando que los hechos que denunciaron en vía penal se corresponden con la asistencia sanitaria recibida por su familiar en el Hospital Universitario Doce de Octubre, siendo hechos distintos a los reclamados contra el Hospital Universitario General de Villalba, solicitando, por tanto, la continuidad del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por estos segundos hechos.

El 30 de septiembre de 2024, el SERMAS resuelve la petición de los reclamantes y levanta la suspensión del procedimiento administrativo, procediendo en consecuencia a continuar su tramitación en el estado en que se hallaba, siendo notificada el 4 de octubre de 2024.

El 1 de octubre de 2024 se reclama, de nuevo, con carácter urgente, al Hospital Universitario General de Villalba, la remisión de la historia clínica del paciente, solicitando, además, aclaración sobre si los servicios sanitarios se prestaron o no dentro del concierto con la Consejería de Sanidad.

El Hospital Universitario General de Villalba, mediante oficio de 28 de noviembre de 2024, aporta la historia clínica y los informes de los servicios de Medicina Interna, Enfermería y Urgencias, confirma que la atención prestada al familiar de los reclamantes se produjo dentro del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid, y señala que la empresa que gestiona el hospital cuenta con póliza de responsabilidad.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente del Hospital Universitario General de Villalba, al que se le reprocha la asistencia recibida.

En la documentación adicional remitida, consta el informe de 28 de noviembre de 2024, elaborado por la jefa de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario General de Villalba, en el que relata la asistencia ofrecida al paciente a la llegada a su servicio, con un episodio de rectorragia franca, remitido desde el Hospital Universitario La Fuenfría, acordando su ingreso al día siguiente al encontrarse hemodinámicamente estable.

Igualmente, consta en el expediente el informe del jefe del Servicio de Medicina Interna, fechado el 16 de octubre de 2024, en el que se recoge la pluripatología que padecía y el grave estado del paciente.

A su vez, el jefe del Servicio de Enfermería emite informe, fechado el 21 de noviembre de 2024, en el que describe el estado de las úlceras vasculares graves con las que ingresa, situadas tanto en los dedos de los pies, como en el sacro, valoradas en otros centros para la posibilidad de amputación, debido a su patología isquémica y a la delicada situación basal del paciente.

El 25 de abril de 2025 se emite informe por la Inspección Sanitaria en el que, tras analizar la historia clínica del paciente, los informes emitidos en el curso del procedimiento, y tras formular las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia recibida en el hospital desde el 19 de noviembre de 2016 al 3 de enero de 2017 fue acorde a la *lex artis*.

El 13 de mayo de 2025 se notifica al hospital el preceptivo trámite de audiencia, remitiendo un escrito el 14 de mayo, reiterando que la asistencia sanitaria prestada por todos los servicios médicos implicados fue correcta y se ajustó a la *lex artis*, lo que ha sido confirmado por el informe de la Inspección.

El 10 de septiembre de 2025 se notifica a los reclamantes el oficio por el que se le confiere el trámite de audiencia, por un plazo que es ampliado el 8 de octubre de 2025. Sin embargo, el 27 de noviembre de 2025, el reclamante reitera la solicitud de ampliación del plazo, añade diversos reproches a la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario Doce de Octubre, hechos que están judicializados ante un juzgado de instrucción de Madrid, y manifiestan su disconformidad con múltiples registros de la historia clínica relativos a la estancia de su familiar en el Hospital Universitario General de Villalba.

Por último, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, elabora una propuesta de resolución, fechada el 11 de mayo de 2026, en la que se interesa desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no haberse acreditado la infracción de la *lex artis*.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 21 de mayo de 2026, se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el número 359/26, a la letrada vocal Dña. Yolanda Hernández Villalón, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión referida en el encabezamiento.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su

regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su padre y marido, acreditando debidamente su relación de parentesco con el paciente, actuando el hijo del fallecido en nombre de su madre, fallecida el 24 de abril de 2017, y de su hermana, en virtud del poder *apud acta* conferido en dependencias administrativas.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia médica se reprocha al Hospital Universitario General de Villalba, centro sanitario vinculado por concierto con la red sanitaria pública.

Como hemos dicho reiteradamente, es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la una al personal o establecimientos que directamente presten esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de diciembre de 2025 (rec. 6243/2023) señala que “(...) *la deficiente prestación sanitaria realizada por una entidad que mantenía un concierto de asistencia sanitaria con la Administración sanitaria pública, al tratarse de una asistencia sanitaria prestada con base en el*

mismo, no excluye en modo alguno la existencia de una posible responsabilidad de la Administración (...)”.

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

En el presente caso, la reclamación se formula el 2 de enero de 2018, y el fallecimiento del familiar de los reclamantes tuvo lugar el 3 de enero de 2017, por lo que no cabe duda de que la reclamación se habría formulado en el plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que se ha incorporado al expediente la historia clínica del paciente, y en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios implicados del hospital. Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Además, se ha conferido trámite de audiencia a los interesados y al hospital, y, por último, se ha redactado propuesta de resolución desestimatoria, remitida junto con el resto del expediente a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

No obstante, especialmente en este caso, es necesario realizar una consideración sobre el plazo para la tramitación del procedimiento, pues ha superado ampliamente el plazo de seis meses legalmente previsto para la resolución, habiéndose acordado la suspensión indebidamente, a pesar de presentar el reclamante escrito

el 5 de abril de 2018, respondiendo al oficio de inicio del procedimiento de 6 de febrero de 2018, en el que aclara que los hechos por los que se seguía proceso penal en el Juzgado de Instrucción número 43, de Madrid, eran distintos a los reclamados en este expediente, por lo que no operaba la prejudicialidad penal.

En este punto, tal como venimos recordando en nuestros dictámenes a propósito de esta falta de resolución en plazo, dicha situación contradice el deber de la Administración de actuar conforme a los principios de eficacia y celeridad. El transcurso del plazo no exime a la Administración de su obligación de resolver expresamente y sin vinculación alguna con el sentido del silencio desestimatorio producido ni, en consecuencia, a esta Comisión Jurídica Asesora de informar la consulta.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. En este sentido las sentencias de 28 de julio de 2025 (recurso 1244/2023) y de 18 de julio de 2025 (recurso 1218/2023) recogen la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo en los siguientes términos:

“Así, la STS de 15 de marzo de 2011, con cita de la sentencia de 1 de julio de 2009, declara que no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, las sentencias de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020) y de 17 de julio de 2025 (recurso 521/2023) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid recuerdan que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: “que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc”.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003). En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo

en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes reprochan que el fallecimiento de su familiar se produjo por una inadecuada asistencia médica al tratar una posible infección de una úlcera cutánea.

Conforme hemos indicado, el primer presupuesto para valorar la posible responsabilidad patrimonial es la existencia del daño, circunstancia concurrente en este caso, concretado en el daño moral que provoca el fallecimiento del familiar de los reclamantes.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En este sentido se han pronunciado, entre otras, la Sentencia de 19 de febrero de 2025 (recurso 373/2022) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid al señalar que “...si el interesado alega que el daño que se le ha causado y por el que solicita indemnización deriva de mala praxis sanitaria, la prueba de la mala praxis solo corresponde a quien la alega” y las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) y de 12 de junio de 2025 (recurso 1200/2023), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que, “las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

Los reclamantes formula varios reproches a la asistencia recibida por su familiar en el hospital concertado, pero están basadas, únicamente, en sus afirmaciones y desprovistas de prueba, pues no se ha aportado prueba pericial médica alguna que avale las críticas realizadas.

Además, conforme veremos, los informes médicos obrantes en el expediente, contrastados con la historia clínica, ponen de manifiesto que la atención sanitaria prestada al paciente fue exhaustiva una vez ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario General de Villalba, derivado del Hospital Universitario La Fuenfria, el 19 de noviembre de 2016, como queda reflejada en la relación de los hechos recogidos en los antecedentes de hecho segundo y tercero de este dictamen.

Es necesario partir del grave estado de salud general del paciente cuando ingresa en el hospital contra el que se dirige la reclamación, y del grado avanzado de algunas de las úlceras que sufre.

El informe del Servicio de Urgencias indica que el paciente es trasladado desde el Hospital Universitario La Fuenfria por un episodio de rectorragia, destacando que a su llegada *“el paciente presentaba una úlcera activa en miembro inferior izquierdo (MIi) de larga evolución en la que había sufrido episodios de sobreinfección con mala respuesta cuya historia, según nos consta, se resume a continuación:*

- El 3 de julio de 16, ingresó de forma programada a cargo de Angiología y Cirugía Vascular para revascularización de MIi ya que presentaba desde principios de abril una lesión necrótica en primer dedo de MIi con dolor ocasional, necrosis húmeda en cuarto dedo de miembro inferior y lesión interdigital de segundo dedo, realizándose angioplastia arterias tibial anterior y posterior el día 5 de julio de 2016.

- El día 18 de julio de 2016, reingresa de nuevo en el mismo servicio y centro por dolor y celulitis en miembro inferior. Durante el ingreso, se informa al paciente de la indicación de amputación de 4º dedo, pero el paciente y la familia rechazan dicho tratamiento, solicitando alta voluntaria para consultar una segunda opinión en otro centro por lo que se limitan a completar antibiótico intravenoso y alta”.

Tras realizar los análisis pertinentes, se diagnostica una anemización, pero se considera que se encuentra hemodinámicamente estable, por lo que se decide su ingreso en el hospital, tras consultar al endoscopista de guardia, según consta en la historia clínica.

Por otra parte, el informe de 16 de octubre de 2016, del Servicio de Medicina Interna, servicio en el que ingresa desde el Servicio de

Urgencias, señala que, con el fin de localizar la posible causa de la rectorragia, se le practicó una rectoscopia, en la que se detectaron múltiples lesiones de aspecto infeccioso/isquémico, pautándole tratamientos con antibióticos que, si bien inicialmente estabilizaron al paciente, perdieron eficacia, teniendo que escalar el tratamiento a *imipenem*. El informe explica de forma detallada la desfavorable evolución del estado de salud del familiar de los reclamantes, presentando una variabilidad glucémica complicada a pesar de los ajustes del tratamiento, una desnutrición severa existente antes del ingreso, acentuada con el ayuno durante la estabilización de la rectorragia, lo que le mantuvo edematoso con aparición de úlceras cutáneas tanto en el sacro, con signos de sobreinfección, como en los genitales, donde se aisló una *Candida albicans*, para la que completó también dos semanas de tratamiento con fluconazol, a pesar de lo cual las úlceras no se cerraron.

A todo ello, se añade que, consultado el Servicio de Endocrinología, y con el conforme de la familia, se le colocó una sonda nasogástrica, para completar la alimentación, y, a pesar de la leve mejoría finalizado el ciclo de antibiótico, valorando incluso su traslado a un centro de cuidados prolongados, el paciente volvió a tener fiebre y empeoró, por lo que se optó por iniciar un nuevo ciclo de antibióticos que fueron ineficaces, produciéndose el fallecimiento el 3 de enero de 2017.

Por otro lado, el informe del Servicio de Enfermería de 21 de noviembre de 2024 reitera que el paciente ya presentaba a su ingreso úlceras isquémicas revascularizables en los miembros inferiores. Añade que el estado nutricional del paciente, unido a su incontinencia urinaria y fecal, impedían que, tanto las úlceras que traía, como las surgidas durante su ingreso, se curaran o fueran evitables.

El informe detalla las curas realizadas:

“- 24/11/2016 (mañana y tarde): Realiza una deposición rectorragia en el turno de mañana, en el turno de tarde no deposición. Realizo cura de ambos MMII. UPP grado IV en dedos de pie izquierdo (2 y 3 dedo) (arterial, necrosados), UPP en talón derecho grado IV (placa necrótica). Se aplica Betadine y se venda. Durante el ingreso se recogen a sí mismo en las notas de la historia medidas preventivas como son la colocación de parches los cambios postura les y las movilizaciones del paciente cuando su estado lo permitía.(...)

- 26/11/2016 (turno mañana): Realizo cura UPPs (úlceras por presión) según pauta. Buena ingesta oral. Levantado al sillón.

- 28/11/2016 (turno mañana): Se coloca parche en sacro por UPP grado 11”.

A su vez, el informe del Servicio de Enfermería recoge el evolutivo del realizado por otros especialistas:

“Endocrino

9 de diciembre de 2016

Se trata de un paciente con demencia, varios ingresos continuados por diferentes motivos, que probablemente hayan contribuido a una situación de desnutrición proteicocalórica severa como aparentemente tiene el paciente. La hipoalbuminemia refleja esta situación, así como la situación de infección que tiene el paciente”.

De especial importancia es correspondiente a su médico responsable:

“20 de diciembre de 2016

Sin cambios clínicos. Afebril. Estable hemodinámicamente, con muy buena respuesta diurética, con lo que han mejorado de forma significativa los edemas en MMII. Sin otras alteraciones a la exploración. De acuerdo con Endocrinología y con su hija, decidimos colocarle una SNG para complementar la dieta, ya que con lo que está tomando por vía oral no está mejorando nada a nivel nutricional y las úlceras están empeorando de forma progresiva, especialmente las del escroto.

En cualquier caso, si el paciente se agitara en relación con la propia sonda y se la arranca, no debe recolocarse. Mantengo la furosemida para hoy solamente. Antibióticos hasta mañana.

Resto del tratamiento sin cambios. Dichos factores favorecieron y empeoraron la aparición de este tipo de lesiones que en todo momento y se según se recoge en la historia han tenido los cuidados y seguimiento adecuados, curas, cambios posturales, movilización del paciente..., habiendo sido valorados, además, de por los profesionales de la planta de hospitalización responsables del paciente, por otros especialistas como el enfermero de la unidad de heridas complejas o el dermatólogo:

Unidad Heridas Complejas:

5 de diciembre de 2016

Valoradas úlceras en paciente junto a enfermería de planta:

Escroto: Úlcera por humedad categoría 111. Por el momento lavado con clorhexidina y dejamos al aire por exceso de humedad

Sacro: Úlcera por humedad categoría 11. Lavados continuos con clorhexidina y colocación de apósito sacro para control de humedad

Colocación de SV tras actuación junto a su médico para reducción de humedad y evitar posible infección.

14 de diciembre de 16

Revaloración de tratamiento:Escroto: Buena evolución. Más limpia.

Sacro: Estable, aunque con regular control por incontinencia fecal. Aquacel AG y tapado con gasa. Cambio según deposición.

Por hacer un resumen del ingreso del paciente en nuestro centro referir que:

- El paciente ingresa con úlceras vasculares importantes en dedos de los pies y sacro que han sugerido incluso en el ingreso en otros centros la posibilidad de amputación debido a su patología isquémica.

- La situación basal del paciente: incontinencia fecal y urinaria, incapacidad de deambular y de moverse favorecen la aparición de úlceras por presión a pesar de la prevención mediante cambios postura les y movilización del paciente que en todo momento quedan reflejados en la Historia Clínica del paciente.

Durante el ingreso el paciente presenta complicaciones y mala evolución de sus patologías: mal control de la glucemia, deshidratación, desnutrición, hipoalbuminemia, que a pesar de ser tratadas correctamente no responden al tratamiento, que favorecen igualmente la aparición de úlceras por presión.

- *Que una vez que las úlceras aparecen, son tratadas y curadas de forma correcta y que fueron valoradas no solo por el personal de la unidad de hospitalización que está totalmente cualificado para ello, sino también por personal especializado que indicó el procedimiento a seguir”.*

En definitiva, los informes médicos detallan todas las medidas adoptadas para tratar y curar las múltiples patologías que presentaba el familiar de los reclamantes, así como su deteriorado estado de salud, que dificultaba la cura o mejoría de las úlceras que padecía.

Por otro lado, esta Comisión Jurídica Asesora, haciéndose eco de la doctrina del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, ha señalado que, en razón del principio de facilidad de la prueba, corresponde a la Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenir la infección. Como ya dijimos en anteriores dictámenes de esta Comisión, *“dicha acreditación sirve para establecer, en tales casos, la línea de separación, entre la consideración de la infección como un riesgo inherente al ingreso hospitalario o la imputación del daño a la Administración”*. (dictámenes 348/16, de 28 de julio; 388/19, de 10 de octubre y 640/21, de 14 de diciembre, entre otros muchos). En este mismo sentido, las sentencias de 17 de febrero de 2020 (recurso 508/2018) y de 3 de diciembre de 2021 (recurso 598/2018) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid señalan que *“la responsabilidad patrimonial por la infección nosocomial no nace de su sola existencia, sino de su atribución a un deficiente funcionamiento del servicio sanitario por no haberse utilizado los medios disponibles en el hospital para evitarla”*.

Pues bien, en este caso, en la historia clínica y en los informes médicos del expediente expuestos anteriormente se detallan las medidas sanitarias adoptadas para prevenir cualquier infección,

especialmente, en la cura de las heridas, lo cual aparece corroborado, por la Inspección Sanitaria que considera probado que:

“Tras un diagnóstico correcto, se han establecido todas las medidas de tratamiento y cuidados de acuerdo al conocimiento científico, no detectando en la historia clínica que la causa de la muerte, fuera la aparición de una úlcera cutánea e infección de la misma, siendo esta un diagnóstico secundario a la causa de la muerte”.

Por último, la reclamación refiere que la infección pudo deberse a que los hospitales no utilizan material clínico exclusivo para cada paciente. En relación con esta consideración, el informe de la Inspección Sanitaria señala:

«También se manifiesta en la reclamación “que el material clínico que se utilizaba para tomarle las constantes, no era de uso exclusivo como tienen establecido otros hospitales”.

En mi experiencia el material utilizado para tomar constantes habituales (termómetro, esfigmomanómetro, fonendo...) no es de uso exclusivo para cada paciente, si bien es cierto que se toman todas las medidas de desinfección necesarias para evitar transmisión de infecciones».

Cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, en sus sentencias de 28 de febrero de 2025 (recurso 73/2023) y 25 de junio de 2025 (recurso 684/2023) *“sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los Médicos Inspectores informan con criterios de*

profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”. De igual modo, en su Sentencia de 18 de julio de 2025 (recurso 548/2023) considera que este informe, “sin ser propiamente una prueba pericial, constituye también un notable elemento de juicio técnico”.

En consecuencia, el paciente presentaba una pluripatología que se agravó por el cuadro de rectorragia, lo que motivó su traslado al hospital cuya asistencia sanitaria se cuestiona. A ello se une el estado de las diferentes úlceras que ya padecía en su ingreso. Como señala la Inspección Sanitaria, ni en la historia clínica, ni en los informes médicos se identifica como causa del fallecimiento la infección de una úlcera cutánea, que, a la vista de su complicado cuadro médico, pudiera desplazar cualquiera de las otras graves deficiencias basales del paciente como potenciales causas del óbito, por lo que no se considera que la asistencia sanitaria recibida fuera contraria a la *lex artis*.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de una infracción de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 10 de junio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 348/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid