

Dictamen n.º: **546/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.09.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de septiembre de 2026, 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 Dña., asistida por abogado, por los daños y perjuicios derivados de una infección nosocomial, contraída durante una intervención de tobillo en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona mencionada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 25 de junio de 2024 en el Registro General de la Subdelegación del Gobierno en Orense, que tuvo entrada en el Registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 26 de junio de 2024.

En este escrito se indica que la paciente, nacida en 1971, con 50 años de edad en el momento de los hechos, ingresó el día 2 de septiembre de 2022 en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (en adelante, COT) del Hospital Universitario 12 de

Octubre para la realización de una cirugía programada por fractura intrasindesmal desplazada de tobillo (fractura de maléolo externo), ocurrida en agosto de 2022, mediante reducción en quirófano y osteosíntesis. El hallazgo intraoperatorio fue de fractura de peroné distal y se realizó reducción abierta y colocación de placa gancho lateral con tornillos. Se le dio de alta con recomendaciones y con la indicación de que acuda a consulta el día 13 de septiembre de 2022.

A continuación, se detallan las visitas de la reclamante al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre por dolor intenso el 27 de octubre de 2022 (le sacaron muestras de la herida quirúrgica, siendo diagnosticada de infección de herida quirúrgica) y el día siguiente, 28 de octubre, fecha en la que ingresó a cargo del Servicio de COT de este hospital con *“signos de celulitis, colección palpable posterior al peroné, exudado purulento, aumento de temperatura local, pulsos distales conservados”*.

Refiere que en los cultivos de la herida quirúrgica y muestras intraoperatorias de fechas 27, 28 y 29 de octubre crece *S. Aureus*. Se inició tratamiento antibiótico por parte de Medicina Interna (cefazolina y daptomicina).

Narra que el 29 de octubre de 2022 se realizó una intervención para desbridamiento de la herida quirúrgica, y que se le dio de alta el 9 de noviembre, con tratamiento farmacológico y revisión en consultas de COT y de Medicina Interna.

Manifiesta que el 16 de diciembre de 2022 acudió al Servicio de Medicina Interna para seguimiento de infección asociada a material de osteosíntesis. Se anotó: *“EF: Herida dehiscente pero con bordes rosados, fondo sonrosado con algo de fibrina, sin exudados. No edema, algo de dolor a nivel distal a la palpación. No datos inflamatorios en zona cutánea. Analítica: (...). Juicio: Infección estafilococa asociada a material de osteosíntesis manejada con 3 DAIR, con buena evolución clínica y*

analítica. Posible EMO (extracción del material de osteosíntesis) en el futuro, si la herida no va bien, no antes de febrero. Plan: Mantengo por el momento antibioterapia hasta reevaluación en enero”.

Refiere que el día 13 de enero de 2023 acudió de nuevo a Medicina Interna para revisión, y detalla las anotaciones de la historia clínica y el diagnóstico: *“infección asociada a material de osteosíntesis”*. Asimismo, pormenoriza las visitas de los días 17 de febrero (*“intervenida el pasado 9/2/2023 (otra clínica), y desde entonces ya no toma levofloxacino (...). Actualmente lleva sistema PICO (...). Buena evolución clínica y analítica”*), y 26 de junio de 2023 (*“Cicatriz con buen aspecto, sin fístulas ni signos inflamatorios. Buena movilidad del tobillo. Dolor en aspecto anterior del mismo, fundamentalmente mecánico. Buena evolución clínica cuando han transcurrido 4 meses desde la retirada del material y fin del tratamiento antibiótico”*).

La reclamante expone que acudió a la sanidad privada y el 9 de febrero de 2023 ingresó para intervención quirúrgica programada, realizándose *“retirada de placa de peroné, abundante lavado y cierre por planos. Colocación de sistema PICO (dispositivo de presión negativa). Diagnóstico: infección de material de osteosíntesis tobillo izquierdo”*. Le dieron el alta al día siguiente.

Indica que fue a revisión al hospital privado los días 15 y 24 de febrero; 3 y 23 de marzo de 2023 y que el día 27 de junio de 2023 se anotó: *“Está haciendo natación y ejercicios. Refiere mejoría progresiva. Está haciendo rehabilitación (lleva 14 sesiones). Herida quirúrgica bien (adherida distalmente). Balance articular completo (similar contralateral). No signos flogóticos. Rx carga: satisfactoria. Revisión al año”*.

Sostiene que *“nos encontramos ante un supuesto de infección adquirida de manera intrahospitalaria. En los cultivos de herida quirúrgica y muestras intraoperatorias en fechas 27/10, 28/10 y 29/10*

crece un Stafilococo Aureus que no estaba presente ni en estado de incubación en el momento de la entrada de la paciente en el Hospital” e invoca el principio de facilidad probatoria al considerar que en virtud de este principio: “será la Administración quien deba acreditar que se han cumplido, escrupulosamente, los protocolos establecidos para el adecuado control de este tipo de infecciones y determinar la completa aplicación de las medidas de asepsia correspondientes y sus respectivos controles” y “acreditar el cumplimiento de los protocolos en esta materia e identificar los resultados diarios y semanales, particularmente en el quirófano, bloque, planta y habitación donde fue atendida la paciente, así como que este contagio se trató -o no- de un hecho aislado ajeno a una o varias cepas preexistente que pudieran haber podido contagiar a más pacientes, o si realmente se identificaron más afectados”.

Solicita una indemnización de 30.143,77 euros, por los conceptos que detalla en su escrito.

Aporta informe de alta de 10 de febrero de 2023 del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica de un hospital privado, e informe clínico de 27 de junio de 2026, del mismo servicio y hospital, en el que figura la evolución de la reclamante.

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

El 23 de agosto de 2022 la reclamante acude a Urgencias de Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, con férula suropédica tras diagnosticarle, el 17 de agosto en un hospital de Granada, de fractura infrasindesmal de tobillo izquierdo.

El día 2 de septiembre de 2022 ingresa en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre para cirugía programada por fractura de tobillo para reducción en quirófano y osteosíntesis.

Consta el documento de consentimiento informado (folios 112 y 113) firmado por la paciente para dicha intervención en el que figura que *“aparte de las complicaciones generales, inherentes a cualquier tipo de cirugía tales como (...) infecciosas (...); existen en su caso las siguientes complicaciones: Infección herida/mat (material) os (osteosíntesis) (...)”*.

En el informe anestésico intraoperatorio se anota la hora de entrada en el quirófano, 10:48 horas, y la de intervención, las 11:30 horas y, entre la medicación administrada en quirófano consta: *“Profilaxis: Antibiótico: Cefazolina. Hora Profilaxis: 11:00”*.

En el protocolo quirúrgico figura como diagnóstico preoperatorio y postoperatorio el de *“fractura de maléolo externo de tobillo-cerrada. Fractura maléolo peroneo”*. En cuanto al procedimiento realizado: *“reducción y osteosíntesis con placa Arthrex gancho later”*. Hallazgos: fractura peroné distal. Técnica: disección por planos. Limpieza de foco de fractura. Reducción abierta y colocación de placa gancho lateral, con tornillos. Comprobación por escopia de integridad sindesmosis. Lavado abundante. Técnica de cierre: por planos. Piel con rapid. Férula suropédica.

La intervención se realiza sin incidencias, y se le da el alta ese mismo día, con tratamiento médico, recomendaciones y cita para revisión el día 13 de septiembre.

El 27 de octubre de 2022 acude al Servicio de Urgencias del mismo hospital por dolor en tobillo izquierdo de 1-2 días de evolución. Dolor intenso a la palpación, aumento de temperatura y enrojecimiento. Refiere fiebre de 38° termometrada en casa y una torsión del pie. En la exploración física: temperatura (°C): 38.4, Tensión sistólica (mm Hg): 129, Tensión diastólica (mm Hg): 80, Frecuencia Cardíaca (lat/min): 83. Acude deambulando a SU con Walker. Tobillo: *“se evidencia*

tumefacción, aumento de t° local y enrojecimiento en zona próxima cicatriz quirúrgica. Dolor intenso a palpación de cicatriz quirúrgica. No se evidencian fistulas, no drenaje de material a la digitopresión. ENVD ok". Laboratorio: Neutrófilos $19.7 \times 1000/\mu\text{l}$, Neutrófilos % 90.6 %, Linfocitos $1.2 \times 1000/\mu\text{l}$, Proteína C Reactiva 0.89 mg/dl. Radiografía: Placa osteosíntesis normoposicionada. Fractura aparentemente consolidada. Se realiza punción con extracción de <1cc de líquido purulento-sanguinolento que se manda a cultivar. Comentado con staff de guardia, ante la estabilidad clínica de la analítica y la ausencia de zonas fluctuantes sugerentes de colecciones amplias se decide citar en consultas de Unidad de Pie. Diagnóstico principal: Infección de herida quirúrgica. Se le da el alta con tratamiento médico, recomendaciones e indicaciones para acudir de nuevo a Urgencias.

El 28 de octubre de 2022 regresa a Urgencias por mala evolución de la herida quirúrgica. En la exploración física, se observan signos de celulitis, colección palpable posterior al peroné, exudado purulento, aumento de temperatura local, pulsos distales conservados. Sacan hemocultivos; muestra microbiológica de la herida tomada el día anterior, pendiente de cultivos. Firma los documentos de consentimiento informado de cirugía. Con el diagnóstico de infección de herida quirúrgica de tobillo izquierdo, ingresa a cargo de Traumatología para decidir el tratamiento definitivo.

En interconsulta, Medicina Interna recomienda, tras la recogida de muestras en quirófano, iniciar tratamiento antibiótico con daptomicina 700 mg intravenoso/d (día) y cefepime 2 gramos/8 horas intravenoso.

Ese mismo día, 28 de octubre de 2022, se le realiza cirugía de desbridamiento y lavado de la herida en la que se halla: *"supuración material seropurulento a través de fistula puntiforme en unión 1/3 medio distal, colección purulenta en región distal herida, tejidos muy friables con mal aspecto, material de osteosíntesis normoposicionado"*. La técnica

consiste en la toma de muestras para análisis microbiológico (1 líquido + 5 tejido); desbridamiento esfacelos y tejidos friables hasta aparición de tejido con buen aspecto y más sangrante; lavado profuso con 9 L de SSFF (suero fisiológico). Lavado con agua oxigenada diluida y clorhexidina jabonosa; Friedrich bordes heridas; cierre por planos, piel con ethilon; vendaje. Sin incidencias.

El día 29 de octubre comienza la pauta de antibioterapia recomendada por Medicina Interna.

El 31 de octubre el resultado de Microbiología es el siguiente: “en todas las muestras intraoperatorias se aísla *S. Aureus*, pendiente de antibiograma. Hemocultivos pendientes”.

El 2 de noviembre, en el comentario de evolución de Medicina Interna, se hace constar en el plan: *“por nuestra parte, mantenemos antibioterapia iv. Seguiremos evolución de la herida esta semana, si buena evolución podría plantearse quizá paso a vía oral la semana que viene. Solicito valoración por neumología (unidad de tabaquismo) para tratamiento durante el ingreso y posteriormente al alta, de cara a favorecer abstinencia tabáquica y mejorar así el proceso infeccioso y cicatricial”*.

El día 3 de noviembre Medicina Interna le receta parches y chicles de nicotina, como terapia de abstinencia.

El 9 de noviembre de 2022 se le da de alta. En el informe se anota *“cultivos de herida quirúrgica y muestras intraoperatorias (27/10, 28/10 y 29/10): crece S. Aureus. Pendiente de resultados de cultivos del 1/11 recogidos en planta. (...). Tratamiento: Fármacos: Rifampicina 300mg vo: 2cp juntos y en ayunas antes del desayuno, hasta reevaluación en consultas. Levofloxacino 500 mg vo: 1cp y medio en cena, hasta reevaluación en consultas. Paracetamol 650 mg VO cada 8 horas, alterno*

con metamizol 575 mg VO cada 8 horas. Enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas. Omeprazol 20 mg VO cada 24 horas. Resto de medicación habitual bajo control por MAP”.

Los días 10 y 11 de noviembre acuden a curarle a su domicilio desde el centro de salud. Los días 17, 21, 28 y 29 de noviembre se desplaza la reclamante a su centro de salud para la cura.

El 29 de noviembre de 2022, en consultas externas de Medicina Interna, en seguimiento por infección asociada a material de osteosíntesis, se anota que la paciente tiene 51 años, es alérgica a AAS (ácido acetilsalicílico) y macrólidos, exfumadora de un paquete diario, enolismo 2 UBE (Unidad de Bebida Estándar) al día. Se valora a la paciente en las consultas de COT, en conjunto con Traumatología. Herida con razonable buen aspecto, con algunas zonas dehiscentes pero sin exposición de planos profundos. Sin dolor espontáneo. Buena tolerancia a los antibióticos. Aporta analítica del 18 de noviembre de 2022 con Hb 14.5 g/dL, Leucocitos 71.00/uL, Plaquetas 446.000/uL, PCR 0.2 mg/dL. Juicio: infección estafilocócica asociada a material de osteosíntesis manejada con DAIR, con buena evolución clínica y analítica. COT se plantea la posibilidad de EMO en el futuro, si la herida no va bien, pero no antes de febrero. *“Estamos de acuerdo, realizaremos un mín. de 8 semanas de ATB (al menos hasta el 24/12/2022). Tiene visita con nosotros el 16/12/2022”.*

Regresa los días 2, 7 y 12 de diciembre de 2022 al centro de salud para el cuidado de las heridas.

El día 13 de diciembre de 2022 es valorada por Traumatología: *“clínicamente bien, mejoría curas y no supuración. Continuar con curas periódicas y valorar EMO placa lateral en febrero”.*

El 16 de diciembre va a consultas externas de Medicina Interna caminando con muletas. *“Cogió el COVID y ha estado en domicilio. La*

herida empeoró al regresar al domicilio, con edema en zona local con dolor, sin fiebre (salvo en contexto de COVID19). Ha dejado de fumar tabaco, algo de marihuana. Tampoco ha bebido (muy ocasional). Buena adherencia y tolerancia al tratamiento”. Está apoyando desde hace una semana. Herida dehiscente pero con bordes rosados, fondo sonrosado con algo de fibrina, sin exudados. Sin edema, algo de dolor a nivel distal a la palpación. Sin datos inflamatorios en zona cutánea. Buena evolución clínica y analítica. “Posible EMO en el futuro, si la herida no va bien, no antes de febrero. Plan: mantengo por el momento antibioterapia hasta reevaluación en enero. Cita el 13/01/2022 con analítica. Antibioterapia sin cambios”.

Los días 5 y 9 de enero de 2023 le curan la herida en el centro de salud.

A la revisión de Medicina Interna del 13 de enero de 2023 va caminando con agilidad. Usa dos muletas, pero casi sin apoyarlas. La herida tiene buen aspecto en cuanto a signos de infección (“no celulitis, no exposición del material de osteosíntesis, no exudado purulento”). Mantiene dehiscencia a varios niveles de la herida, pero son superficiales, con escaso esfacelo. Se detallan los resultados de la analítica. Juicio: infección estafilocócica asociada a material de osteosíntesis manejada con desbridamiento, retención del implante y antibióticos, con razonable buena evolución cuando llevan aproximadamente 10 semanas desde la cirugía. Desde el punto de vista de la infección, cree que podría retirarse el tratamiento antibiótico, pero no puede descartarse una eventual recidiva de la infección. En este sentido, la paciente expresa su deseo de mantener el tratamiento para evitar esta potencial recidiva, hasta que se retire la placa de osteosíntesis o al menos hasta haber cumplido compromisos profesionales. Valoran conjuntamente riesgos y beneficios, y parece razonable mantener el antibiótico, aunque pueden disminuir la

intensidad del mismo. Plan: suspender rifampicina, disminuir levofloxacino 500 mg a 1 c/d, cita con analítica en 4 semanas.

El día 16 de enero es curada en el centro de salud.

El 17 de enero de 2023 acude a consulta de Traumatología. Se anota que ha tenido consulta con el internista la semana anterior, que le ha dejado un antibiótico y que tiene cita en rehabilitación. En la exploración: “*persis (te) PDS (sutura de polidioxanona) de aproximadamente 1x1cm*”. Le incluye en lista de espera quirúrgica para EMO.

Los días 20 y 26 de enero de 2023 vuelve al centro de salud para las curas.

El 17 de febrero de 2023 acude a la consulta de Medicina Interna caminando ágilmente, “*lleva un bastón, pero es por coquetería*”. Fue intervenida el pasado 9 de febrero de 2023 (otra clínica), y desde entonces ya no toma levofloxacino. Se realizó un cultivo en la cirugía, queda pendiente. Ve la herida por fotografía, tiene buen aspecto. Actualmente lleva sistema PICO, se encuentra bien. Aporta analítica de 10 de febrero de 2023. Juicio: infección estafilocócica asociada a material de osteosíntesis manejada con desbridamiento, retención del implante y antibióticos, y finalmente EMO. Buena evolución clínica y analítica. Plan: visita control clínico en junio 2023, sin análisis.

El 9 de marzo de 2023 acude a la cura a su centro de salud y el 18 de abril de 2023 se anota “*está perfecta*”.

A la revisión a Medicina Interna el día 23 de junio de 2023 va caminando sin ayuda y con buen estado general. Cicatriz con buen aspecto, sin fistulas ni signos inflamatorios. Buena movilidad del tobillo. Dolor en aspecto anterior del mismo, fundamentalmente mecánico. Se le cita a revisión sin analítica en febrero.

El 9 de febrero de 2024 va caminando sin muletas, con discreta cojera. El tobillo tiene un aspecto excelente, la herida está cerrada y sin signos inflamatorios, ni siquiera calor local. Buena movilidad de tobillo en flexoextensión y rotaciones. Tiene dolor, no obstante, de carácter mecánico al caminar (puede hacer bici, natación, montar a caballo, moto...), que podría estar mejorando de forma muy despacio (sin analgesia). Se le da el alta en el Servicio de Medicina Interna.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acuerda la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC) y se informa al abogado de la reclamante mediante escrito notificado el 3 de julio de 2024, ante su solicitud de que se incorpore al expediente la historia clínica del proceso asistencial, que la del hospital privado no se puede recabar al no estar bajo la titularidad del Sermas, por lo que se le indica que le corresponde a él aportarla.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de Atención Primaria y la del Hospital Universitario 12 de Octubre.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre, emitido el 15 de julio de 2024, con el siguiente tenor:

“La referida paciente fue intervenida en nuestro Servicio por una fractura de tobillo que se complicó con una infección de la herida quirúrgica. Esta fue tratada con desbridamiento y mantenimiento del material de osteosíntesis (DAIR) y el tratamiento antibiótico específico en las fechas que indica el reclamante de acuerdo al conocimiento actual de la patología, al parecer con un buen resultado.

Dando respuesta a las observaciones del reclamante:

- Dice que "nos encontramos ante un supuesto de infección adquirida de manera intrahospitalaria". Es verdad que el medio hospitalario es el lugar donde habitualmente ocurren las infecciones del "sitio quirúrgico", como también se denominan, pero también que no puede asegurarse con absoluta certeza porque pueden influir otros factores independientes relativos al estilo de vida del paciente, como se apunta en un artículo de revisión del tema con una muestra de 1043 pacientes. En este estudio se registraron un 6,1 % de infecciones profundas y un 14% de infecciones del sitio quirúrgico (Olsen LL, Moller AM, ...).

- Cuando habla de "una deficiente técnica empleada", NO es cierto porque el procedimiento se desarrolló técnicamente sin ningún incidente, como está registrado en el protocolo quirúrgico y documentado en el control radiográfico postoperatorio.

- El reclamante habla de daños y es cierto que los hubo por la infección, entendiendo aquéllos como resultados, a los que NO obliga la actuación sanitaria, que sí a la de emplear los medios necesarios. Estos fueron los de la práctica habitual en una patología tan frecuente como son las fracturas de tobillo, extremando las medidas de seguridad asistencial: historia clínica, check list, consentimiento informado y técnica quirúrgica adecuadas en lo relativo a su ejecución y medidas de asepsia y antisepsia, así como el seguimiento postoperatorio.

- La observación de que "las infecciones nosocomiales en modo alguno son imprevisibles" no se ajusta a la realidad. En un artículo de 2023 que revisa el tema se concluye con que las infecciones en fracturas de tobillo tratadas quirúrgicamente tienen una prevalencia del 9% en una serie de 1004 pacientes, variando estas cifras en función de los factores de riesgo de cada paciente (Pilskog K, ...)".

El informe del Servicio de Medicina Interna de 17 de julio de 2024, después de detallar los antecedentes clínicos y la asistencia sanitaria prestada, realiza el siguiente resumen clínico:

“Se trata por tanto de una mujer de 51 años en el momento de los hechos que se relatan, que como antecedentes más importantes es fumadora activa. Tras una fractura de maléolo peroneo y osteosíntesis quirúrgica, presenta una infección post-quirúrgica. Es posible que el hábito tabáquico de la paciente haya podido incrementar el riesgo de infección (1, 2). Por el tiempo transcurrido entre la cirugía de fijación de la fractura y el inicio de los síntomas (2/9/2022 al 27/10/2022, casi 8 semanas) se considera una infección retardada (delayed). En estos casos, si el material de osteosíntesis se mantiene normoposicionado y aún está cumpliendo su función (facilitar la consolidación ósea) y las partes blandas están en buen estado, se recomienda una cirugía de desbridamiento quirúrgico, seguida de un tratamiento antibiótico con buena actividad frente a biopelículas bacterianas (3).

En el caso de nuestra paciente, este tratamiento quirúrgico se realizó con premura, a las 24h desde su primera consulta en urgencias. Hasta comprobar una adecuada evolución de la herida quirúrgica, se mantuvo un tratamiento antibiótico intravenoso basado en la combinación de daptomicina y beta-lactámicos, seguido de una combinación oral de rifampicina y fluoroquinolonas. Estas combinaciones aseguran una buena actividad frente a biopelículas bacterianas estafilocócicas, y es de hecho el tratamiento de elección de estas infecciones (4-6). Así, la paciente fue tratada siguiendo las recomendaciones de la literatura médica científica actualizada y recogidas en el Protocolo de Tratamiento Antimicrobiano Empírico en Urgencias y Durante el Ingreso Hospitalario Fuera de las Unidades de Pacientes Críticos del Hospital Univ. 12 de Octubre (Tema 5.5 –

Infecciones asociadas a material de osteosíntesis y prótesis articulares) (7). Con este tratamiento la evolución de la paciente fue satisfactoria, con remisión de los datos clínicos y analíticos de infección”.

El 16 de octubre de 2024 y el 2 de julio de 2025 la reclamante solicita información sobre el estado de tramitación del procedimiento. Mediante sendos escritos, notificados el día 30 de octubre de 2024 y el día 11 de julio de 2025, se le informa sobre este particular.

Por su parte, la Inspección Sanitaria emite informe el 23 de julio de 2025, en el que, tras analizar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante, en el Hospital Universitario 12 de Octubre, *“fue adecuada y conforme a la lex artis”*.

Una vez instruido el procedimiento, el 30 de marzo de 2026 se notifica el trámite de audiencia a la reclamante que, mediante escrito presentado el 23 de abril, considera incontrovertido el hecho de que estamos ante una infección nosocomial, lo que presume un funcionamiento anormal del servicio público sanitario, y asevera que, aunque existe un *“documento de consentimiento informado en el que se deja constancia del riesgo de contraer una infección, esto no permite calificar la actuación como jurídica, pues no existe ese deber legal a soportar el daño causado”*. Asimismo, considera que no se ha acreditado el escrupuloso cumplimiento de los protocolos de asepsia hospitalaria y de prevención eficaz de las infecciones nosocomiales, y que se está infringiendo el derecho de la buena administración *“en lo que concierne a la tramitación de la reclamación, dada la palmaria demora que se evidencia del propio expediente (21 meses han transcurrido entre la fecha de la reclamación y el trámite de audiencia)”*.

Finalmente, el 24 de julio de 2026 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, en la que se desestima la presente reclamación.

CUARTO.- El 4 de septiembre de 2026 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada con el número 552/26, a la letrada vocal Dña. M.^a del Pilar Rubio Pérez de Acevedo, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión indicada en el encabezamiento de este dictamen.

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 quince mil 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, (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 y debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP).

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y del artículo 32 de la LRJSP, al tratarse de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario 12 de Octubre, centro hospitalario público perteneciente a su red asistencial.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En este caso, la reclamante fue intervenida de la fractura infrasindesmal el 2 de septiembre de 2022, resultando de los cultivos de la herida quirúrgica y muestras intraoperatorias de 27, 28 y 29 de octubre de 2022 la presencia del *Stafilococo Aureus*. Después del tratamiento antibiótico, fue dada de alta por el Servicio de Medicina Interna el 9 de febrero de 2024, por lo que la reclamación, presentada el 26 de junio de 2024, ha sido formulada en plazo legal.

Por lo que respecta al procedimiento, se ha recabado informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología y del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de Octubre, ha emitido informe la Inspección Sanitaria, y se ha dado audiencia a la reclamante, que ha presentado alegaciones. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

No obstante, la reclamante reprocha que la infección que padeció fue adquirida de manera intrahospitalaria, y considera que es la Administración quien debe acreditar que se han cumplido escrupulosamente los protocolos establecidos para el adecuado control de este tipo de infecciones, y determinar la completa aplicación de la medidas de asepsia correspondientes y sus respectivos controles, particularmente en el quirófano, bloque, planta y habitación donde fue atendida la paciente. De igual modo, debe explicar si este contagio se trató -o no- de un hecho aislado ajeno a una o varias cepas preexistente que pudieran haber podido contagiar a más pacientes, o si realmente se identificaron más afectados.

En este punto hemos de recordar que, si bien la carga de la prueba en materia de responsabilidad patrimonial recae sobre quienes reclaman, según reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo, dicha carga probatoria se puede modular en virtud del principio de facilidad probatoria, y así, la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante y requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad.

Desde esta perspectiva, esta Comisión Jurídica Asesora ha venido manteniendo que en los supuestos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, en razón del principio de facilidad de la prueba, es preciso que por el hospital se informe sobre las medidas profilácticas adoptadas para prevenir la infección, incluyendo, en su caso, la referencia a la aplicación de procedimientos y protocolos de actuación concretos; siendo, por tanto, al hospital al que corresponde dar una explicación razonable de lo acontecido y aportar los elementos que así lo acrediten (dictámenes 546/19, de 19 de diciembre; 126/16, de 26 de

mayo; 271/16, de 30 de junio y 705/24, de 7 de noviembre, entre otros).

En este caso, resulta del expediente que no se ha aportado por la Administración Sanitaria acreditación sobre las medidas preventivas adoptadas en orden a evitar posibles infecciones en el centro sanitario, lo que incluye la aplicación de medidas de asepsia en el área quirúrgica, instrumental, aparataje médico y personal sanitario. Los informes obrantes en el expediente no pueden estimarse como suficientes a estos efectos, ya que no pueden dar cumplida cuenta de las medidas preventivas adoptadas por el centro hospitalario, cuya explicación corresponde a otros servicios, como el de Medicina Preventiva.

Por ello, ante esta falta de datos, y teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante tanto de los derechos de los interesados en el procedimiento como del acierto de la decisión de la Administración que ponga fin al procedimiento, se considera que ha de retrotraerse éste para que se dé respuesta a los interrogantes planteados y, por tanto, se aporte por el Hospital Universitario 12 de Octubre información sobre las medidas adoptadas para prevenir la infección padecida por la reclamante.

Una vez recabada dicha información, deberá darse traslado a la Inspección Sanitaria para nuevo informe y conferir trámite de audiencia a la interesada.

Finalmente, deberá dictarse nueva propuesta de resolución que junto con el expediente completo deberá remitirse a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

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

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para que se tramite en la forma dispuesta en la consideración de derecho segunda de este dictamen.

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 16 de septiembre de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 546/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid