

Dictamen n.º: **612/25**

Consulta: **Consejera de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **19.11.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 19 de noviembre de 2025, 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., por los daños y perjuicios derivados de una intervención quirúrgica de hombro por los servicios médicos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HRJC).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa de un escrito presentado el 20 de julio de 2023, por una abogada debidamente apoderada, en el que se reclama por los daños y perjuicios derivados de una infección contraída tras la intervención quirúrgica del hombro derecho realizada el 31 de marzo de 2022 en el HRJC.

En el escrito, la abogada relata con detalle la asistencia prestada a su poderdante por el Servicio de Traumatología que le intervino en la fecha indicada, tras la cual, sufrió una infección de la que fue tratado inicialmente en su centro de salud, y posteriormente derivado nuevamente al HRJC, donde sufrió un retraso en la realización de las

pruebas diagnósticas oportunas. En concreto, refiere que no se realizó la resonancia magnética precisa hasta el 13 de julio de 2022, cuando se objetivaron signos de gravedad, por lo que tuvo que realizársele una nueva intervención quirúrgica de urgencia para limpieza, con pronóstico incierto de la función del hombro. Desde entonces, se dice que el reclamante se encuentra en tratamiento de rehabilitación y presenta secuelas funcionales, continúa de baja laboral a la espera de la concesión de la incapacidad permanente, ya que su actividad laboral habitual es la de churrero, y las limitaciones funcionales le impiden desarrollar su puesto de trabajo.

Tras ese relato, la abogada del reclamante aprecia un retraso diagnóstico y del tratamiento de la infección, lo que le lleva a solicitar una indemnización que no cuantifica.

Al escrito se adjunta el poder notarial a favor de la firmante e informes médicos de la asistencia recibida por el reclamante.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor notificó la misma a la Gerencia del centro concertado cuya asistencia se reprocha, que remitió la historia clínica, pudiéndose extraer de la misma los siguientes datos de interés:

El reclamante, nacido en 1964, fue intervenido por artroscopia del hombro derecho de rotura del tendón supraespinoso e infraespinoso, el 2 de marzo de 2015, en el HRJC.

El 28 de noviembre de 2016 es intervenido por el mismo Servicio de Traumatología del HRJC del miembro superior izquierdo por hombro doloroso.

El 18 de diciembre de 2020 es derivado por su médico de Atención Primaria al Servicio de Traumatología del HRJC por recidiva de dolor de hombro derecho.

Se realizan pruebas diagnósticas por imagen, que objetivan la existencia de cambios postquirúrgicos de reparación del manguito rotador, rotura completa del tendón del supraespinoso de todo el espesor anteroposterior, tendinopatía del infraespinoso con integridad del tendón del subescapular y ascenso de la cabeza humeral con incipientes cambios degenerativos glenohumerales. Se trata de una rotura masiva. La movilidad es completa con subescapular funcionante. En consulta de 6 de abril de 2021, explican al paciente que la única solución sería realizar una transferencia quirúrgica del dorsal ancho, pero el paciente no se encuentra funcionalmente tan mal como para operarse. Se indica revisión en 6 meses.

Acude a revisión en noviembre de 2021, refiriendo dolor, y decidiendo operarse, siendo incluido en lista de espera y firmando el documento de consentimiento informado para la cirugía.

El paciente es intervenido el 31 de marzo de 2022. Tras el abordaje artroscópico del hombro, se aprecia la ausencia del tendón del supraespinoso y artrosis glenohumeral grado III, realizándose sinovectomía, sutura del subescapular, trasferencia del dorsal ancho con fijación extracortical y tenodesis al infraespinoso, sin que en el protocolo de intervención quede recogida incidencia o complicación intraoperatoria alguna.

El 1 de abril posterior, el paciente es dado de alta hospitalaria por buena evolución, con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, indicando los ejercicios a realizar y las medidas físicas. Se le instruye en los cuidados y curas de las heridas. Es citado para revisión en curas en una semana, y en consulta de Traumatología en 4 semanas.

El 11 de abril del mismo 2022, se realiza primera cura por parte de Enfermería de Traumatología del HRJC, no presentando la herida signos de infección, solo h Hematoma en zona axilar que es valorado por el

traumatólogo. Se retiran grapas de sutura y cura de los portales artroscópicos.

El posterior día 19 se realiza cura por Enfermería de su centro de salud, apreciándose drenaje de exudado espeso y sanguinolento a través de la herida. Valorado por su MAP que indica tratamiento antibioterápico por vía oral.

Los días 21 y 25 de abril, se realizan nuevas curas en su centro de salud en la que se aprecia gran cantidad de exudado de tipo sanguinolento. El segundo día Se realiza punción obteniendo gran cantidad de exudado. Se realiza cura, dejando drenaje abierto. Valorado por su médico de Atención Primaria, es enviado a consulta de Traumatología para valoración por exudado persistente desde hace una semana que se ha drenado en varias ocasiones, ya que no es posible manejar la patología del paciente en el centro de Salud.

Desde ese día, se establece plan de curas diarias en el centro de salud, persistiendo drenaje muy exudativo por la herida quirúrgica.

El 13 de mayo de 2022 es visto en consulta de Traumatología del HRJC, recogiéndose que el paciente lleva 6 semanas de evolución postquirúrgica y que ha estado manchando por la herida axilar durante las 6 semanas. En ese momento presenta manchado seroso de una compresa. Se realiza cura apreciando abundante exudado de la herida que presenta un granuloma. Se solicita estudio ecográfico y revisión por Unidad de Hombro. Se indica nueva cura y valoración por Rehabilitación. Ese mismo día es valorado por Rehabilitación que a la exploración evidencia una importante limitación del a movilidad del hombro con balance articular muy deficitario. Establece plan de tratamiento

Se realizan curas por Enfermería del HRJC los días 19 y 23 de mayo.

El 24 de mayo de 2025 se realiza estudio de imagen mediante TAC de hombro sin contraste. El informe concluye con la existencia de cambios postquirúrgicos y engrosamiento del vientre muscular del dorsal ancho a nivel infraescapular con discreta trabeculación inflamatoria de la grasa perifascial y herida subyacente en región interna de la axila derecha. No se aprecian claras colecciones teniendo en cuenta las limitaciones del estudio.

Dos días después acude a consulta de Traumatología de HRJC. Se valora TAC realizado. A la exploración, la herida se encuentra cerrada con tumefacción en la zona y poco dolor. Limitación importante de la movilidad pasiva del hombro. Se indica continuar rehabilitación y citar en un mes con RNM con contraste.

El 8 de junio de 2022, el reclamante acude sin cita a la consulta de Traumatología por enrojecimiento de la herida axilar y la existencia de una tumoración de 1,5cm no abierta a la piel en ese momento. Ha tenido febrícula termometrada 24 horas antes. Se adelanta cita para la RNM prescrita y revisión. Se indica que en caso de fiebre o supuración acudir a Urgencias y la posibilidad de tratarse de una infección profunda, que posiblemente requiera una cirugía de revisión.

El 27 de junio acude al servicio de Urgencias del HRJC para valoración de la herida quirúrgica por aumento del dolor e impotencia funcional. A la exploración presenta una fistula en región axilar. Se realiza estudio analítico sanguíneo que muestra unos reactantes de fase aguda elevados (VSG de 55 mm/h [rango de normalidad <20 mm/h] y PCR de 1,69 mg/dl [rango de normalidad < 0,5 mg/dl]). Valorado por Traumatología se mantiene conducta en espera del resultado de la RNM solicitada. Es dado de alta con el diagnóstico de *“Herida quirúrgica sin signos de complicación actualmente”*.

El 13 de julio de 2022, se realiza la resonancia magnética solicitada, cuyo informe concluye con la existencia de cambios postquirúrgicos con trasferencia de dorsal ancho para reparación del manguito rotador. Signos de artritis séptica con colecciones en partes blandas periarticulares en región posterior y anterior del hombro. Alteración de señal de la médula ósea en cabeza humeral y más patente en glenoides con baja señal T1 y realce del contraste intravenoso que puede ser osteitis, aunque no es posible descartar una osteomielitis.

El 19 de julio de 2022, el Servicio de Traumatología convoca telefónicamente al paciente ante los resultados de la RNM y se programa cirugía para 72 horas después. Se propone cirugía de limpieza y desbridamiento, toma de muestras e ingreso para posterior tratamiento antibioterápico, explicando riesgo de necesidad de nuevos lavados durante el ingreso y del pronóstico funcional incierto del hombro.

En los meses posteriores acude a Rehabilitación con balance articular muy deficitario persistente.

Consta informe de Medicina Interna en el que se recoge el diagnóstico de artritis séptica polimicrobiana de hombro derecho con aislamiento principal de *Staphilococcus lugdunensis*.

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica de la reclamante, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, se procedió a la instrucción del expediente y, conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se recabó informe de los servicios intervinientes.

Así, constan el informe del Servicio de Traumatología del HRJC que informa sobre la asistencia prestada, recoge que la complicación infecciosa está resuelta, y que presenta secuela de artropatía de manguito con cambios degenerativos que según su criterio están asociados a la rotura masiva del manguito. Añade que la infección de cirugía de hombro es una complicación que puede aparecer en hasta 2,8 % de

intervenciones, y como tal, estaba prevista en el consentimiento informado.

Se ha emitido informe de la Inspección Médica, fechado el 27 de mayo de 2024, en el que el inspector concluye diciendo: *“la actuación de los profesionales de Traumatología del Hospital Rey Juan Carlos ha sido la adecuada en este difícil y poco frecuente caso de infección, reinterviniendo al paciente cuando había certeza de la gravedad de la lesión en esta infección de evolución tórpida”*.

Consta incorporado al procedimiento un informe pericial que se dice elaborado por la compañía aseguradora del hospital concertado. El perito que lo emite dice ser especialista en Traumatología y, tras analizar la historia clínica y hacer sus consideraciones médicas concluye diciendo que el seguimiento no se realizó según las pautas traumatológicas habituales ante la sintomatología presente en el paciente, demorándose el diagnóstico y tratamiento de la infección del sitio quirúrgico sufrida en más de 14 semanas, lo que, a pesar del posterior y correcto tratamiento de la infección, ajustado a *lex artis*, ha originado secuelas funcionales y anatómicas en el hombro del paciente.

Se ha incorporado también informe pericial de valoración del daño que lo cuantifica en 44.583,37 euros.

Otorgado trámite de audiencia, la abogada del reclamante presentó alegaciones discrepando de la valoración del daño realizada por el perito y estimando que la indemnización debería alcanzar la cantidad de 71.121,28 euros. Al escrito adjunta declaración de incapacidad permanente total y declaración del IRPF del ejercicio 2021.

Con fecha 23 de julio de 2025, la gerente del centro hospitalario concertado presenta alegaciones en las que considerar que la actuación ha sido correcta y debe desestimarse la reclamación.

Finalmente, el 11 de septiembre de 2025 se formula por la viceconsejera de Sanidad propuesta de resolución, en la que concluye estimando parcialmente la reclamación al considerar que concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad patrimonial y procede reconocer una indemnización por importe de 45.573,61 euros.

CUARTO.- El 24 de octubre de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la preceptiva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 19 de noviembre de 2025.

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 del consejero 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 se regula en la LPAC.

El reclamante ostenta legitimación activa para reclamar en la condición de perjudicado por la asistencia sanitaria que considera inadecuada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue prestada en un centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid, como es el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, y en el marco de la asistencia sanitaria pública del Sistema Nacional de Salud. En relación a ello, esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid para conocer de la responsabilidad en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010) o la más reciente de 16 de octubre de 2023 (rec. 50/2022), y ello sin perjuicio de la obligación ultima del titular del centro.

El 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 el presente caso, la reclamación se presentó el 20 de julio de 2023, que no puede considerarse prescrita en tanto la infección postquirúrgica requirió nueva intervención el 22 de julio del 2022 permaneciendo ingresado diez días más.

Respecto al procedimiento seguido se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, se ha solicitado y emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, el servicio cuya actuación es objeto de reproche. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y, tras lo cual se ha dado audiencia al

interesado y al centro hospitalario privado que prestó la asistencia reprochada, de acuerdo con lo exigido en el artículo 82.1 LPAC.

Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, propuesta remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en su título Preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes, y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, “*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*”.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

“(…) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de

la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que *"(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de

Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que “*la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas*” constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado “*que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado*”.

A tal efecto, debe tenerse en cuenta que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama, sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. En ese sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 5 de junio de 2017 (rec. 909/2014), recuerda: “*Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992)*”.

QUINTA.- En el caso que nos ocupa, se reclama por los daños derivados de la infección contraída tras la realización de una cirugía de hombro, que requirió de nueva intervención quirúrgica y tratamiento

antibiótico intravenoso hospitalaria durante diez días, así como tratamiento rehabilitador posterior, quedando, como secuelas, limitaciones funcionales en el hombro derecho.

Ciertamente, sin perjuicio de su concreción y valoración, de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente no resulta controvertida la existencia de un daño cierto.

Tampoco ofrece dudas que la infección fue consecuencia de la cirugía de hombro a la que fue sometido el reclamante; si bien, ese riesgo es propio del tipo de intervención, que el jefe del servicio interviniente cifra en un porcentaje de hasta el 2,8%. Como tal riesgo estaba previsto en el documento de consentimiento informado firmado por el reclamante, lo que excluiría la antijuridicidad del daño, al ser una posible complicación asumida por el propio paciente.

Ahora bien, lo que es objeto de reproche no es la infección en sí sino su diagnóstico y tratamiento, que el reclamante considera tardío y determinante de las secuelas.

A este respecto, el informe de la Inspección Médica, aprecia que existe un riesgo de infección en el tipo de cirugía practicada y valora el conjunto de la actuación de los profesionales sanitarios del HRJC como acorde a la *lex artis*, considerando que la infección que contrajo era infrecuente y difícil de tratar con un importante potencial agresivo.

No obstante, se ha incorporado al expediente, a instancias de la compañía aseguradora del centro hospitalario, el informe de un especialista en Traumatología que discrepa del parecer del inspector médico.

Ante la existencia de informes contradictorios -como ocurre en este caso-, venimos señalando (v. gr. 397/20, de 22 de septiembre; 223/16, de 23 de junio; 460/16, de 13 de octubre y 331/19, de 12 de septiembre),

que, la valoración conjunta de la prueba pericial debe realizarse según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

En este mismo sentido, la reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de fecha 18 de septiembre de 2025 (rec. 18/2024), recuerda: *“El carácter técnico de las cuestiones planteadas en el proceso hace necesario valorar los dictámenes de los peritos respecto a los que se ha de subrayar que no existen reglas generales pre establecidas para valorarlos salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de la prueba, por lo que su fuerza de convicción reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la cualificación técnica de sus autores y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes.*

También se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que la Médica Inspector ha informado con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso”.

En el presente caso que nos ocupa, a diferencia del inspector médico, el informe del perito, que es especialista en Traumatología, hace un análisis detallado del abordaje de la complicación postquirúrgica surgida, poniendo de manifestó que hubo un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la infección, que cifra en 14 semanas desde su aparición.

Ciertamente, tal y como analiza el perito especialista en Traumatología y se aprecia en la historia clínica, pese a la persistencia de la infección que llevó, el 25 de abril de 2022, a la derivación por el médico de Atención Primaria a Traumatología del HRJC y la indicación de una resonancia magnética para obtener un diagnóstico certero ante los síntomas sugerentes de infección, con afectación del vientre muscular del

dorsal ancho y signos inflamatorios perifasciales adyacentes a la herida, es lo cierto que no se realizó la misma hasta el 13 de julio de 2022, poniéndose en sus resultados la necesidad de una nueva intervención quirúrgica urgente para el abordaje de la infección deficientemente tratada.

A este respecto, el especialista expone: “*En el caso de las infecciones osteoarticulares, la rapidez en el diagnóstico y del tratamiento es fundamental para evitar complicaciones infecciosas sistémicas en el paciente como embolizaciones sépticas a otros órganos (pulmón, corazón, cerebro, etc.), o incluso casos de graves sépsis que pueden derivar en el fallecimiento del paciente. Desde el punto de vista local, la premura en el tratamiento está encaminado a evitar procesos de osteítis/osteomielitis y en el caso de infecciones articulares (artritis sépticas) la destrucción articular con la consecuente secuela funcional o incluso la necesidad de amputación o desarticulación del miembro afecto.*

El tratamiento de las infecciones del sitio quirúrgico está perfectamente protocolizado y se basa en una serie de procedimientos secuenciales con el objetivo de erradicar la infección.

La base del tratamiento es eminentemente quirúrgica, realizando en primer lugar una nueva toma de muestras en quirófano para confirmación de la identificación microbiológica del patógeno y su sensibilidad a los antibióticos, desbridamiento extenso del sitio quirúrgico con extirpación de cualquier tejido necrótico, desvitalizado o infectado, retirada del cualquier material extraño como suturas o implantes, lavado profuso del sitio quirúrgico con abundante cantidad de suero fisiológico (no existe evidencia científica de la necesidad de emplear antisépticos en disolución en el suero de lavado, encontrándose incluso contraindicado por la posible aparición de efectos adversos tisulares debidos a la posible toxicidad local de dichos antisépticos) y una correcta cobertura cutánea, bien por sutura de la herida, utilización de dispositivos de vacío o incluso la realización de

injertos cutáneos o miocutáneos en cualquiera de sus variedades. Solo tras el tratamiento quirúrgico de la infección, está indicada la realización de antibioterapia, en un principio y en ausencia de identificación del germe, empírica, y posteriormente específica tras el aislamiento del germe y obtención del correspondiente antibiograma.

No existe consenso en la duración del tratamiento antibioterápico, pero se considera que debe emplearse durante un plazo entre las 6 y 12 semanas, siempre que la evolución de la enfermedad sea correcta. En cualquier otro caso, se deberá reiniciar el proceso terapéutico, realizando nuevos desbridamientos quirúrgicos, toma de muestras y reajustes del tratamiento antibioterápico.

La utilización exclusiva de antibioterapia en infecciones del sitio quirúrgico está absolutamente proscrita ya que no controlará el cuadro infeccioso y solo generará resistencias de los gérmenes al antibiótico empleado”.

Esa premura en el tratamiento de la infección, preferentemente quirúrgica, es evidente que no se produjo en el caso del reclamante, y así lo recoge el perito diciendo: “*Valorado a los 11 días de la intervención se aprecia la existencia de un hematoma a nivel de la herida operatoria, sin signos de infección, lo que permite la retirada de la sutura. Sin embargo, unos días después, en cura efectuada en su Centro de Salud se aprecia la presencia de un exudado sanguinolento y espeso a través de la herida lo que induce a su MAP a la prescripción de un tratamiento antibioterápico empírico.*

En sucesivas curas en su Centro de Salud, el exudado no solo persiste, sino que aumenta en cantidad, modificándose sus características organolépticas, lo que provoca que el MAP del paciente, ante la sospecha de infección, derive al paciente para control al especialista hospitalario en Traumatología.

Aunque a priori, la decisión de derivación parece correcta ya que según el propio MAP del paciente, la evolución del cuadro impide un seguimiento adecuado en un Centro de Salud, la vía de derivación no es la más aconsejable ya que implica una demora en la valoración del paciente en consulta de Traumatología de más de 2 semanas. Parece que no existió conciencia de la potencial gravedad de una infección del sitio quirúrgico en una cirugía intraarticular.

El hecho es que el paciente es revisado en consulta de Traumatología del HRJC a las 6 semanas de la cirugía, persistiendo el cuadro exudativo de la herida durante todo ese plazo, hecho confirmado por el profesional que anota que en el momento de la exploración, presenta un exudado abundante (de una compresa), solicitando un estudio ecográfico de forma reglada, lo que evidencia que la anamnesis y exploración realizada no supusieron para el traumatólogo la existencia de sintomatología sugerente o sospechosa de una infección del sitio quirúrgico.

Desconozco la razón por la que el estudio ecográfico solicitado se sustituyó por un estudio mediante TAC sin contrate, prueba de mucha menos sensibilidad y especificidad para la determinación de la existencia de colecciones, indicativa de la existencia de una infección. No obstante, el resultado de la prueba muestra signos muy sugerentes de infección, con afectación del viente muscular del dorsal ancho y signos inflamatorios perifasciales adyacentes a la herida. Su valoración por parte del traumatólogo evidencia la existencia de una sospecha de una infección del sitio quirúrgico ya que indica la realización de una RNM con contraste, prueba más sensible para el diagnóstico de infecciones osteoarticulares. No obstante, la RNM se indica con carácter normal, demorándose su realización otras 3 semanas, algo ilógico ante la sospecha de una infección del sitio quirúrgico que precisa un diagnóstico y tratamiento inmediato”.

La herida continúa exudando abundantemente lo que obliga a un tratamiento mediante dispositivo de vacío, resultando la valoración

funcional del hombro muy deficitaria a pesar de haber comenzado el paciente tratamiento rehabilitador.

El paciente, ante la tórpida evolución del cuadro, se dirige al servicio de Urgencias del HRJC, a los 3 meses de la cirugía donde se describe la existencia de una fistula a nivel axilar, próxima a la herida operatoria y signo inequívoco de la existencia de una infección y una elevación sustancial de los reactantes de fase aguda, a pesar de lo cual no se modifica la pauta temporal de los procedimientos diagnósticos a realizar, considerando por el profesional que le atiende que se encuentra ante una “herida quirúrgica sin signos de complicación actualmente” en evidente contradicción con los hallazgos exploratorios y analíticos descritos.

Finalmente, a los 4 meses y medio de la primitiva intervención, se realiza la RNM prescrita que como no podía ser de otra manera, describe cambios infecciosos a nivel periarticular, articular (artritis séptica) y óseas (osteítis/osteomielitis)”.

Debemos, por tanto, considerar que el abordaje de la infección fue claramente tardío, y el perito parece atribuir las limitaciones funcionales en el hombro derecho a ese retraso, pero el informe no analiza cuál podría haber sido el resultado en caso de un tratamiento anterior, dado que, de la totalidad de los informes, se deduce que los resultados de la cirugía son inciertos, máxime si tenemos en cuenta que la intervención fue por una recidiva, teniendo antecedentes de anteriores cirugías del mismo hombro.

A este respecto, el jefe del servicio interviniente asocia los déficits funcionales a la rotura masiva del manguito preexistente. Por su parte, el inspector médico señala que las roturas irreparables del manguito rotador son lesiones graves que pueden conllevar consecuencias drásticas en la calidad de vida de los pacientes. Pese a que su reparación es compleja y

la tasa de re-rotura es alta, el intento de reparación se justifica por la ausencia de alternativas poco agresivas o paliativas.

Así, cabe considerar que, con independencia del tardío tratamiento de la infección, las expectativas de la intervención eran inciertas, no pudiéndose determinar si los déficits funcionales del hombro que presenta como secuela el reclamante son resultado de las propias limitaciones de la cirugía del hombro, del retraso en el tratamiento de la infección o, como podría considerarse más probable, de la confluencia de ambas. Por tanto, podemos concluir que las deficiencias asistenciales en el tratamiento de la infección posquirúrgica han coadyuvado a las limitaciones funcionales que padece el reclamante, y han prolongado el tratamiento inherente a la propia intervención quirúrgica y a la infección en sí.

SEXTA.- Resta por analizar la valoración del daño, recordando que el artículo 34.2 de la LRJSP dispone que *“La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social”*.

Así, en ausencia de la aprobación de un baremo de daños derivados de la asistencia sanitaria, cabe acudir con efectos meramente orientativos al establecido en la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios producidos a las personas en accidentes de circulación, pero sin que pueda procederse a una aplicación automática, en tanto en el caso que nos ocupa y, en una gran número de supuestos de daños derivados de la asistencia sanitaria, la concurrencia de circunstancias concurrentes como las patologías

previas o las limitaciones terapéuticas han podido contribuir a los daños que se reclaman.

En este sentido, consta en el expediente un informe de valoración del daño corporal, realizado a instancias del órgano instructor, que, atendiendo al citado baremo del año 2023, valora el daño en 44.583,37 euros, según el siguiente desglose:

Lesiones temporales (desde el 13-5-22, en que ya presentaba signos de infección que no remitían en el plazo normal, hasta mayo de 2023 en que se produce su estabilidad lesional):

- 12 días de perjuicio personal grave (días que permaneció ingresado para el tratamiento de la artritis, desde el 22-7-22, hasta el 3-8-22), a razón de 89,27 €= 1.071,24 euros.

- 353 días de perjuicio personal moderado (el resto de los días del antes indicado periodo), a razón de 61,89 €= 21.847,17 euros.

- Cirugías: 1 (Artroscopia + Artrolisis), a razón de 1.487,82 euros.

- Secuelas: (el paciente partía de un estado previo patológico, por rotura del manguito rotador años antes, con dolor y limitación funcional especialmente para las rotaciones, y por eso se le iba a intervenir para reconstruir el manguito).

6 puntos de perjuicio psicofísico, por importe total de 5.605,49 euros.

3 puntos de perjuicio estético, por importe total de 2.669,09 euros.

Pérdida de calidad de vida, moderada, en el rango inferior de la horquilla (porque su situación funcional al final del proceso es en parte

debida a la patología previa que presentaba), por importe de 11.902,56 euros.

La propuesta de resolución corrige esa valoración, al sumar 16 días de perjuicio personal moderado, en tanto consta que hasta el 29 de mayo de 2023 no se recoge que el reclamante estuviera *“en fase de secuelas”*. Por tanto, adiciona 990,24 euros, que, sumados a los ya citados 44.583,37 euros, totalizan la cantidad de 45.573,61 euros.

Por su parte, la abogada del reclamante pretende aumentar la indemnización en 33.000 euros por lucro cesante y por una mayor pérdida de calidad de vida, pero ninguno de los dos conceptos es acreditado en el procedimiento.

Así, partiendo de la valoración contenida en la propuesta de resolución, no cabría incluir la intervención quirúrgica en tanto que, según recoge el perito traumatólogo, ese es el tratamiento que procedía realizar ante la infección que presentaba el reclamante. Por tanto, esa intervención debía haberse realizado antes, en ningún caso podía dejar de realizarse, por lo que no es consecuencia del retraso en el abordaje en sí, sino el propio tratamiento indicado.

Por otra parte, tampoco se justifica perjuicio estético alguno, en tanto las intervenciones quirúrgicas y sus cicatrices hubieran sido las mismas, aunque no hubiera habido ninguna deficiencia asistencial.

En consecuencia, de la cantidad de 45.573,61 euros, deben descontarse los conceptos referidos por importes de 1.487,82 euros y 2.669,09 euros respectivamente; lo que resultaría la cantidad de 41.416,7 euros.

Asimismo, no cabe desconocer que la propia intervención quirúrgica inicial del hombro hubiera requerido tratamiento rehabilitador prolongado. Asimismo, la infección, con independencia de su abordaje

más temprano también hubiera requerido hospitalización para tratamiento antibiótico intravenoso y una mayor rehabilitación. Por último, como expusimos en nuestra consideración anterior, el estado previo del hombro del paciente hacia que su tratamiento quirúrgico tuviera unas expectativas inciertas, siendo dudosa su recuperación funcional total, con independencia del agravamiento causado por el retraso en el abordaje de la infección.

Estas circunstancias expuestas hacen procedente una reducción de la valoración de los daños que se ha efectuado como si el único elemento causante de las lesiones temporales y de las secuelas hubiera sido la deficiencia asistencial apreciada. En ese sentido, y sin perjuicio de señalar las dificultades para su cuantificación al no existir datos objetivos para ello, resulta razonable y ponderado minorar la cuantía resultante de la valoración realizada como si de un accidente de circulación se tratara en un 30%, dando así una indemnización de 28.991,69 euros.

Esta cantidad, que parte del baremo establecido para el año 2023, deberá actualizarse al momento de su efectivo reconocimiento de acuerdo con el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación en la cantidad de 28.991,69 euros, que deberá actualizarse conforme a lo establecido en el artículo 34 LRJSP.

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 19 de noviembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 612/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid