

Dictamen n.º: **31/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.01.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 21 de enero 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. (en adelante, “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos a raíz de una espondiliscitis, atribuida a una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 26 de enero de 2024, firmado por el reclamante, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Madrileño de Salud, por los daños derivados de la asistencia médica que le fue prestada en dicho centro hospitalario.

La reclamación relata que el 19 de enero de 2022 acudió a Urgencias del HUPH, siendo remitido a su domicilio sin un diagnóstico acertado.

El 21 de enero de 2022, fue trasladado a Urgencias del HUPH, con posterior ingreso en planta por una insuficiencia suprarrenal aguda (hiponatremia grave), practicándosele una venoclisis, con introducción de un catéter en vena para suero terapia y medicación endovenosa como vía para administrar la medicación precisa.

El 26 de enero de 2022 fue dado de alta, refiriendo el reclamante que al retirarle el catéter periférico del brazo izquierdo y ver que dejaba un agujero visible en el antebrazo, le comentó a la enfermera que debía cerrar ese agujero, como así había hecho en el otro brazo, contestándole, según indica, que no lo sellaría porque lo mejor era dejar al aire el brazo y que ya se cerraría por sí mismo.

El 29 de enero de 2022 acudió de nuevo a Urgencias del HUPH, al sentir rigidez acentuada en el cuello, molestias severas en la región lumbar y presión en la rodilla derecha, que le impedía caminar con seguridad y firmeza. El diagnóstico fue de cervicalgia mecánica, con posterior alta.

Continúa señalando que, el 31 de enero de 2022, comprobó, al intentar levantarse, que no podía fijar los pies en el suelo, siendo trasladado en ambulancia hasta el HUPH al estar paralizado de cintura abajo y no poder ponerse de pie y caminar. Tras una analítica los médicos de Urgencias le comunicaron que tenía una infección por bacteria, confirmándose después que se trataba de infección grave por bacteriemia por SAMS. El diagnóstico, fue de bacteriemia persistente por SAMS nosocomial de origen en catéter venoso periférico en brazo izquierdo. La zona afectada fue todo el eje de la columna vertebral generando una espondiliscitis en C5-C6 y espondiliscitis en L4-L5.

El 21 de febrero de 2022 recibió el alta hospitalaria.

Conforme a lo expuesto, se interesa en la reclamación una indemnización económica por importe de 98.473,5 euros, con el desglose que es de observar.

Se adjunta a la reclamación una copia del documento nacional de identidad del reclamante y diversa documentación médica acreditativa del proceso asistencial expuesto.

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

El paciente, nacido en el año 1952, presentaba como antecedentes médicos más relevantes, los referidos a, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, macroadenoma hipofisario no funcionante, panhipopituitarismo, accidente isquémico transitorio en 2015, neuralgia del trigémino y psoriasis en tratamiento con Humira cada 15 días, habiendo sido intervenido en 2 ocasiones de la hipófisis.

Con fecha 19 de enero de 2022, acude a Urgencias del HUPH, constando como motivo de la consulta, dificultad para dormir. Se consigna al respecto de dicha visita, *“acude a urgencias por insomnio desde hace 5 días. No fiebre. No dolor torácico ni palpitaciones. No palpitaciones. No otra sintomatología. Ha usado 2 días zolpidem 10 mg sin conseguir conciliar el sueño; tampoco con orfidal. No refiere estrés laboral u emocional. COVID positivo desde el 11/1/2022”*.

Practicada la oportuna exploración física, se advierte *“buen estado general. Eupneico en reposo. TA 154/75; sato2 99% BASAL; fc 67 lpm ACP: Rítmico, MVC. Orofaringe normal”*.

Se concluye en un juicio diagnóstico de insomnio de conciliación, sin datos de alarma en ese momento, con remisión a seguimiento y control por su médico de Atención Primaria.

Con fecha 21 de enero de 2022, el paciente vuelve a acudir a Urgencias del HUPH al presentar un cuadro de malestar general de diez días de evolución. Refiere insomnio desde hace nueve días en este contexto, así como sensación de presión centro torácica, no irradiada, sin cortejo vegetativo, de los mismos días de evolución. Sensación de inestabilidad de la marcha, sin claro giro de objetos, que asocia a extremo cansancio por ausencia de sueño efectivo. Refiere haber estado los últimos 3 o 4 días sin ingerir ningún alimento sólido, con escasa ingesta líquida. Indica tos mínima, con expectoración escasa de color blanquecino. Niega cefalea, otalgia u odinofagia, disnea o palpitaciones, así como náuseas o vómitos, o dolor abdominal. Niega clínica miccional. Afebril en todo momento.

En cuanto a la exploración física practicada en Urgencias, se recoge en la historia clínica, *“inatento, poco colaborador, lenguaje parco, tendencia al sueño durante la conversación, orientado, regular estado general. NC, NH y NP. Eupneico en reposo sin signos de trabajo respiratorio. HD estable. TA 147/92 mmHg; FC 89 lpm; SatO2 basal 100%.*

AP: MVC sin midas sobreañadidos. AC: rítmico sin soplos ni extratonos.

Neurológica: Inatento, poco colaborador, lenguaje parco, tendencia al sueño durante la conversación. Discurso coherente sin elementos afásicos ni disártricos. Pupilas mióticas no reactivas. MOEs conjugados sin restricciones, poco colaborador, con retraso en seguimiento de la mirada. Sin alteraciones de PPCC. Fuerza y sensibilidad conservadas de forma bilateral y simétrica. Romberg negativo. Marcha lenta cautelosa. No signos de irritación meníngea”.

Se realiza exudado nasofaríngeo, PCR para COVID-19 positivo.

Queda ingresado a cargo de Medicina Interna por insuficiencia suprarrenal aguda en relación con abandono terapéutico +/- infección activa. Secundariamente hiponatremia hipoosmolar euvolémica grave sintomática, Na 107-110 a su llegada. En cuanto a la posterior evolución del paciente, se recoge en la historia clínica *“a su ingreso en planta, se ha conseguido adecuado control posterior, con incremento en 72h de 21mEq en total (7mEq al día). Se retiran glucosado y desmopresina, en conjunto con Endocrinología (ver ITC) y se ajusta sueroterapia, con buen control de sodio los días siguientes. Al alta Na 134. Con la mejoría de Na resolución de los síntomas neurológicos. Como incidencia durante el ingreso, se realiza PCR COVID previo a ingreso con Ct 21 (indicativo de contagiosidad) por lo que precisa ingreso en planta COVTD. Asintomático a ese respecto y sin que el COVID como tal haya supuesto ningún problema”*.

Es dado de alta el día 26 de enero de 2022, con las recomendaciones médicas y tratamiento que es de observar.

El 29 de enero de 2022, el paciente acude a Urgencias del HUPH, figurando como motivo de la consulta la presencia de una cervicalgia. Al respecto de esta visita, la historia clínica recoge *“acude a urgencias por cervicalgia de 3 días de evolución que le impide el descanso nocturno. Refiere dolor muy localizado en zona occipital, constante, de inicio progresivo. No episodios previos, no ha tomado analgesia para este dolor, no pérdida de sensibilidad ni de fuerza, aunque comenta cierta limitación de movimientos cervicales, no mareo ni sensación de giro de objetos, no náuseas o vómitos, no fiebre ni sensación distérmica, no dolor en otras localizaciones, no infecciones recientes”*.

En la exploración física realizada se aprecia *“NRL: consciente y orientado. No afasias, apraxias ni agnosias. Pupilas isocóricas normorreactivas, MOEs conservados, resto de PC conservados. Sensibilidad y fuerza conservadas en todos los miembros. No*

claudicación en Barré. No signos meníngeos. Marcha sin alteraciones. CyC: movilidad del cuello normal, no apofisalgias ACP: MVC sin ruidos sobreañadidos”.

Se concluye en un juicio clínico de cervicalgia mecánica, siendo dado de alta con las recomendaciones y tratamiento señalados.

El 1 de febrero de 2022, el paciente vuelve a acudir a Urgencias del HUPH, por presentar inestabilidad en la marcha. Según se consigna *«refiere cervicalgia irradiada a miembros inferiores tipo "latigazo". Niega nauseas o vómitos. Niega pérdida de sensibilidad o fuerza. Niega fiebre. Niega clínica miccional o alteraciones en el ritmo intestinal. No otra sintomatología asociada»*. Se realizan pruebas analíticas, bioquímica, hemograma y de coagulación, así como radiografía de tórax, pelvis-cadera y abdomen. Se anota como juicio clínico *“fiebre a estudio. Hiponatremia en paciente con panhipopituitarismo postquirúrgico por macroadenoma hipofisario intervenido”*. Se prevé reevaluación clínico analítica al día siguiente.

En anotación de la madrugada del día 2 de febrero de 2022, se recoge *“por el momento no cubrimos con antibioterapia empírica, ya que se trata de un pico de fiebre sin foco en paciente afebril en domicilio. Reevaluaremos mañana con analítica con PCR”*.

Ante episodio febril sin foco, hiponatremia en paciente con antecedentes de hipopituitarismo, lumbalgia aguda con irradiación a miembros inferiores y marcada elevación de reactantes de fase aguda, se decide ingreso en Medicina Interna para completar estudio.

En dicha fecha y en relación con los hemocultivos obtenidos el día anterior, se aprecian cocos Gram positivos en racimos y tétradas, pendientes de sensibilidad e identificación. Consecuentemente se inicia profilaxis antibiótica vs cocos G+ en racimos y tétradas.

En anotación del día 4 de febrero de 2022, se recoge “*resultado: Se aísla en 2 de 2. Tinción de Gram: Cocos Gram positivos en racimos y tétradas. Aislamiento: Staphylococcus aureus*”. Se ajusta tratamiento antibiótico con cloxacilina.

En anotación del día siguiente, 5 de febrero de 2022, se consigna “*fiebre 31-1, con tiritona. Inestabilidad de la marcha. En el ingreso, no presentó flebitis pero la vía de MSD presentó eritema, y una úlcera, en íntimo contacto con el catéter*”. Se recoge como impresión diagnóstica “*bacteriemia nosocomial de origen en catéter venoso periférico, por SAMS, posible espondilodiscitis, a descartar endocarditis*”.

Se realiza TAC craneal urgente respecto del que se concluye que no se advierten signos de patología intracraneal aguda valorable.

El 7 de febrero de 2022, se realiza ecocardiograma transtorácico, en el que no se aprecian signos de endocarditis. En cuanto a la evolución del paciente, en anotación de igual fecha, se hace constar “*sin fiebre desde el ingreso y con clara mejoría del estado general y de la analítica, pero con persistencia de HC positivos a pesar del tto ATB. Niega dolor torácico. Únicamente, refiere molestias en rodilla izquierda, que a la exploración no impresiona de aumento de temperatura ni eritema*”. Se realiza resonancia magnética de columna, en la que se informa “*signos sugestivos de espondilodiscitis C5-C6 con pequeño componente de empiema epidural anterior, de escasos milímetros (3,5 mm de diámetro AP) que condiciona leve obliteración del saco dural aunque sin apreciar cambios en la señal de la medula espinal que sugieran compromiso de la misma*”.

En anotación del 14 de febrero de 2022, se recogen los resultados de los hemocultivos del día 7 de igual mes, respecto de los que se indica “*HHCC x2 07/02/22: Negativo finalizado el periodo de incubación establecido*”.

SEROLOGIAS: HBs Ag.: Negativo.

HBc total: Negativo.

HBs Ac: 1 UA/ml (Negativo)

VIH 1/2 Ac: Negativo.

VHC Ac: Negativo”.

Se mantiene tratamiento con cloxacilina, tras hemocultivos negativos, hasta el 20 de febrero.

El 16 de febrero de 2022, se realiza PET-TAC, respecto del que se concluye *“exploración concordante con espondilodiscitis en c5-6 y probable espondilodiscitis en l4-5 con menor compromiso óseo. captación en superficie anterior del acromion izquierdo probablemente inflamatoria. sin evidencia de tejido infeccioso/inflamatorio en otras localizaciones”.*

En cuanto a la evolución del paciente, en anotación del 18 de febrero de 2022, se refiere que presenta *“buen estado general. Afebril. PIC colocado, sin signos de infección local. Refiere mal control del dolor lumbar, que le impide descanso nocturno, por lo que indicamos que puede solicitar la analgesia que tiene pautada si precisa cada 4 horas”.*

Dada la buena evolución del paciente, es dado de alta el día 21 de febrero de 2022, con seguimiento en Infecciosas.

En el informe de alta, se consignan como diagnósticos *“bacteriemia persistente por SAMS, nosocomial, de origen en catéter venoso periférico. Espondilodiscitis C5-C6 con pequeño componente de empiema epidural anterior, de escasos milímetros. Probable espondilodiscitis L4-L5. Hiponatremia hipoosmolar, en relación con IS. Resuelta (Hidrocortisona 100/8). Anemia normocítica. Infección*

paucisintomática COVID-19 en el ingreso previo. Persiste PCR positiva CT 35 16/02/2022”.

Prosiguió con posterioridad con citas de control en Medicina Interna/Infecciosas, constando que, en la última revisión del día 1 de febrero de 2023, ante la resolución del cuadro infeccioso, se le dio el alta.

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).

Por escrito de 5 de febrero de 2024 de la instrucción dirigido al reclamante, se indica la admisión a trámite de la reclamación interpuesta, la normativa legal de aplicación, el plazo de resolución expresa y los efectos del silencio administrativo para el caso de inexistencia de resolución expresa.

Por escrito de 12 de febrero de 2024, la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la comunicación de la reclamación interpuesta.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, constan incorporados al expediente tramitado, los informes de los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada al reclamante.

Así, fechado el 7 de febrero de 2024, consta informe emitido por el Servicio de Medicina Preventiva del HUPH. Se recoge en el mismo que *“durante el periodo en el que el paciente fue atendido en nuestro hospital (21 de enero 2022 a 31 de enero 2022), y en el que desarrolló la infección de la sangre (bacteriemia por Staphylococcus aureus), en el*

hospital estaban en vigor los siguientes protocolos para la prevención de las infecciones (que se adjuntan):

- Protocolo de medidas de prevención de la transmisión de microorganismos en los centros hospitalarios*
- Normas de aislamiento para la prevención de las enfermedades transmisibles*
- Protocolo de higiene de las manos 2021-2*
- Protocolo canalización, mantenimiento y retirada de catéteres periféricos*
- Recomendaciones para el uso de los antisépticos*

En cuanto al agente de la infección, Staphylococcus aureus una bacteria (coco gram positivo) que se encuentra con mucha frecuencia (30%) en la piel y mucosas de las personas sanas o enfermas, siendo este el origen más frecuente de este tipo de infección”.

Firmado el día 20 de febrero de 2024, figura informe de la Dirección de Enfermería del HUPH. Señala el mismo, en relación a la reclamación interpuesta que, “los resultados de los hemocultivos que se le extraen es de bacteriemia por estafilococos aureus.

1. NO SE PUEDE ASOCIAR CAUSALIDAD entre el evento (fiebre registrada y Hemocultivos extraídos el 1 de febrero en paciente procedente de su domicilio) y la supuesta causa (CVP insertado con posterioridad a la presencia de fiebre tras el ingreso hospitalario). La fiebre se registra el día 1 en Urgencias, durante la valoración al ingreso del paciente que viene de su casa. FIEBRE SIN FOCO. FIEBRE A ESTUDIO. Por esa razón se extraen Hemocultivos (1/02/22). Los resultados responden a un proceso con el que el paciente viene de su

casa, no se produce durante el ingreso y, por tanto, no se puede asociar con un catéter que se canaliza con posterioridad al evento.

La causa de la infección puede ser multifactorial atendiendo a:

- Antecedentes personales: HTA, dislipemias.*
- Proceso infeccioso prolongado por SARSCoV-2.*
- Varios ingresos hospitalarios desde el 19/01/2022 al 01/02/2022 (Alto riesgo Infección nosocomial).*
- Necesidad de inserción de catéter venoso periférico para administración de sueroterapia en paciente con Insuficiencia suprarrenal e Hiponatremia durante el ingreso del 21/01/22 al 26/01/22 (Se colocaron dos CVP con una duración máxima de 5 días. En la HC no se registró presencia de flebitis en relación al CVP).*
- Tratamiento con hidroaltesona.*
- En reevaluación por parte de Medicina Interna el 6/02/2022 el paciente afirma que hacía 2 semanas había visitado al dentista y se le puso un implante dental.*
- Hombre de 69 años.*
- Antecedentes de incumplimiento terapéutico.*
- Posible presencia de lesiones en piel relacionada con psoriasis”.*

Continúa señalando que “el S. aureus se considera la causa de algunos casos infecciosos en los implantes dentales. Los implantes infectados están colonizados por especies subgingivales, como Staphylococcus aureus (S. aureus). El S. aureus de los implantes

dentales es capaz de causar varias infecciones de tejidos blandos y también la expansión de la infección por la cabeza y el cuello.

En los pacientes con procesos dentales, se cree que el S. aureus se transmite a través de la cavidad nasal y la cavidad bucal, donde se distribuye más ampliamente en el cuerpo humano.

Son más habituales en pacientes inmunocomprometidos, como los que toman fármacos inmunodepresores o corticoides.

En el hospital se dispone de un protocolo para la inserción y mantenimiento del catéter venoso periférico, que es seguido por todos los profesionales, para evitar este tipo de bacteriemias”.

Fechado el 27 de febrero de 2024, figura informe del Servicio de Medicina Interna/Unidad de Enfermedades Infecciosas. Dicho informe señala por lo que aquí interesa que “durante el ingreso, el día 21 de enero, en el contexto de presincope en Urgencias, se canalizaron 2 vías venosas periféricas sin incidencias. El día 24 de enero por la mañana presentó pico febril de 38° C. En la valoración médica de ese día consta que no presenta focalidad infecciosa, y exploración física sin hallazgos. Se interpreta como fiebre en el contexto de COVID-19. No nuevos episodios febriles durante el ingreso. No consta en ninguna de las notas ni médicas ni de enfermería, que el paciente presentara flebitis”.

Señala seguidamente que “considero que el manejo clínico de D. (...) fue correcto en todas las atenciones realizadas. El origen del cuadro infeccioso de espondilodiscitis es la bacteriemia por SAMS, pero no está claro el origen de la misma. Se diagnosticó de bacteriemia de origen nosocomial en relación con catéter venoso periférico por la descripción del paciente y por la proximidad temporal con el ingreso previo, aunque no consta durante este ingreso ningún episodio de flebitis ni alteraciones en la inserción del catéter, ni en las notas médicas ni en las de enfermería. En cualquier caso, la cateterización venosa en este

paciente estaba correctamente indicada, ya que precisaba sueroterapia con reposición de glucosa y sodio ante una situación de hipoglucemia e hiponatremia graves y con riesgo vital para el paciente, que como ya se ha referido anteriormente fue secundaria al abandono del tratamiento hormonal sustitutivo por parte del paciente en el contexto de una infección activa (COVID-19), situación en la que precisaba un aumento de dosis. La infección nosocomial se refiere a aquella que se produce en relación temporal con el ingreso hospitalario. Su presencia no es sinónimo de mala praxis, el propio ingreso hospitalario produce cambios en la flora bacteriana de los pacientes que comienzan a ser colonizados por microorganismos habituales en este ámbito, y por otro lado el uso de técnicas invasivas también aumenta el riesgo de infección, independientemente de que su indicación y la técnica sean correctas, como en este caso”.

Por el reclamante se aporta el 5 de noviembre de 2024, informe de evolución y alta de 9 de septiembre de 2024, de un Catedrático de Psiquiatría.

El 25 de abril de 2025, se emite informe por la Inspección Médica en el que se concluye que la asistencia médica prestada al paciente puede considerarse ajustada a la *lex artis ad hoc*.

El 11 de agosto de 2025, comparece el reclamante en dependencias de la Administración donde se procede a la notificación del trámite de audiencia, sin que conste en el expediente tramitado la formulación de alegaciones por su parte.

Por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud se formula la oportuna propuesta de resolución, fechada el 19 de noviembre de 2025, en la que se propone desestimar la reclamación que nos ocupa.

CUARTO.- El 18 de diciembre de 2025, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 672/25 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

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, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, 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.

En cuanto a la legitimación, el reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al haber recibido la asistencia médica objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria fue dispensada por el HUPH, centro integrado en la red sanitaria pública de esta Administración.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC, el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas. En el presente caso, la reclamación se formula con fecha 26 de enero de 2024, constando en las actuaciones que con fecha 1 de febrero de 2023 se le dio de alta al paciente de la asistencia médica por el proceso infeccioso sufrido, por lo que atendiendo a estas fechas cabe considerar que está formulada dentro del plazo de un año que marca el texto legal.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81.1 de la LPAC, se ha emitido informe por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada al reclamante objeto de reproche.

También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, comprensiva de la atención dispensada en el HUPH y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió,

conforme al artículo 82 de la LAPC, el oportuno trámite de audiencia al reclamante que no hizo uso del mismo.

Finalmente, en virtud de lo recogido en el artículo 81.2 de la LPAC, se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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 y 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. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva

realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda 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 nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea 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 CA, 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, el reclamante viene a censurar la asistencia que le fue prestada, entendiendo que, por una mala praxis médica se le produjo la infección bacteriana objeto de reclamación.

Así las cosas, procede analizar los reproches del reclamante partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como recuerda, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido*

o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

Ahora bien, en los casos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, 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”* (así nuestros dictámenes 348/16, de 28 de julio y 388/19, de 10 de octubre, entre otros muchos).

Además, es criterio de esta Comisión Jurídica Asesora que una infección nosocomial/hospitalaria no hace surgir, sin más, la responsabilidad patrimonial de la Administración, sino que, como reconoce la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Décima, de 17 de febrero de 2020 (rec. 508/2018) *“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”*. En igual línea, más recientemente cabría traer a colación, la Sentencia de 27 de marzo de 2025, (rec. 160/2023), de igual Sala y Sección, conforme a la cual *“es cierto que, en los casos de infecciones nosocomiales, opera el principio de inversión de la carga de la prueba que obliga a la Administración demandada a probar que se adoptaron las medidas de asepsia indicadas pero, una vez se acredita este extremo, resulta evidente que no puede declararse la responsabilidad de la*

Administración pues ésta ha actuado conforme al estándar de normalidad no siendo exigible, conforme a la jurisprudencia del mismo Tribunal Supremo, ir más allá de las limitaciones inherentes a la provisión de los servicios sanitarios”.

Sobre la base de lo expuesto y frente a lo señalado por el reclamante, los informes emitidos en el curso del procedimiento descartan que se produjera la omisión de medios y mala praxis denunciada por los interesados. Esta es la conclusión que alcanza el informe de la Inspección Sanitaria, al que esta Comisión Jurídica Asesora otorga especial relevancia, por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones, así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), de la Sala y Sección antes mencionada, entre otras.

Atendiendo al referido informe de la Inspección Médica, entiende este en primer lugar que no cabe considerar acreditado que el origen de la inspección bacteriana sufrida por el reclamante radique en el HUPH. Señala a estos efectos que *“no se puede afirmar con rotundidad el origen de la misma. Se diagnosticó de bacteriemia de origen nosocomial en relación con catéter venoso periférico por la descripción del reclamante y por la proximidad temporal con el ingreso previo, aunque no consta durante dicho ingreso ningún episodio de flebitis ni alteraciones en la inserción del catéter, ni en las anotaciones médicas ni en las de enfermería”.*

En estos términos se pronunciaba igualmente el informe del Servicio de Medicina Interna, en el que se refería que el día 21 de enero de 2022 se canalizaron dos vías venosas periféricas sin incidencias, así que como no consta en ninguna de las anotaciones médicas o de enfermería que el paciente presentara flebitis.

En cualquier caso, consta igualmente, atendiendo al informe del Servicio de Medicina Preventiva, que, en el HUPH durante el período de ingreso del reclamante, estaban en vigor diversos protocolos para la prevención de las infecciones nosocomiales, así el protocolo de medidas de prevención de la transmisión de microorganismos en los centros hospitalarios, protocolo de higiene de las manos, así como el protocolo de canalización, mantenimiento y retirada de catéteres periféricos, al respecto del cual, señala el informe de la Dirección de Enfermería del HUPH que es seguido por su profesionales para evitar el riesgo de bacteriemias, por lo que ciertamente no parece que pueda imputarse a dicho centro médico déficit alguno en el cumplimiento de las medidas profilácticas encaminadas a minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales.

Así las cosas, si bien atendiendo a la historia clínica del paciente, en la que se no recogen anotaciones de alteración alguna en la inserción del catéter ni que el paciente presentara flebitis, no puede establecerse con la certeza precisa que la infección sufrida fuera de origen hospitalario, aunque así lo fuera, conforme a los pronunciamientos judiciales anteriormente transcritos, no por ello procedería apreciar una irregularidad asistencial, al constar el seguimiento hospitalario de los protocolos de asepsia anteriormente citados.

En este sentido, sería de considerar lo indicado por la Inspección Médica al señalar, en relación a las infecciones nosocomiales, que *“su presencia en modo alguno es sinónimo de mala praxis, puesto que el propio ingreso hospitalario produce cambios en la flora bacteriana de los pacientes, que comienzan a ser colonizados por microorganismos habituales en dicho ámbito, amén de que por otro lado el uso de técnicas invasivas también aumenta el riesgo de infección, independientemente de que su indicación y la técnica empleada sean correctas, como en el presente caso”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado 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 21 de enero de 2026

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 31/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid