

Dictamen n.º: **279/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **20.05.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 20 de mayo 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., por los daños y perjuicios derivados de una intervención quirúrgica de cataratas realizada en el Hospital Universitario Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito presentado por la persona indicada en el encabezamiento de este dictamen el 1 de abril de 2024 en el registro electrónico del Ministerio para la Transformación Digital y de la Función Pública. En él señala que, con fecha 14 de abril de 2023, fue citada por el Servicio de Oftalmología del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela para ser intervenida quirúrgicamente de una catarata en el ojo derecho, mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular tórica.

Refiere que, con carácter previo a la referida operación, tenía visión en el ojo derecho, si bien, con posterioridad a la misma, y a pesar de indicarle por el servicio médico que la intervención había sido exitosa y aparentemente normal “*sin complicaciones operatorias, he perdido la totalidad de visión en mi ojo derecho*”.

Según la reclamante, las lesiones causadas se han visto aumentadas por un mal seguimiento postoperatorio y una omisión de los signos y síntomas que constan en los informes como “*referidos por la paciente*”, y que son consecuencia de una complicación operatoria, sosteniéndose, sin embargo, durante el seguimiento, que se trata de una evolución normal, y absteniéndose de investigar la causa. Afirma que, en consecuencia, tanto la operación como el seguimiento posterior han sido actuaciones médicas defectuosas y contrarias a la *lex artis*, de modo que, a raíz la intervención, su calidad de vida ha empeorado, necesitando una persona que le asista en todo.

Se solicita una indemnización por importe de 17.945,66 euros, y con el escrito se adjunta diversa documentación clínica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica de la paciente, de la que se extraen los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, de 75 años de edad en el momento de los hechos, contaba con antecedentes patológicos oftalmológicos de quemadura corneal en ojo izquierdo en la infancia con la secundaria ambliopía profunda y miopía magna.

Además, se documentan las siguientes intervenciones quirúrgicas: artrodesis Lisfranc en pie derecho, cirugía de dedos en garra en pie izquierdo y cirugía bariátrica. “*Histerectomía + doble anexectomía. Nefrectomía renal derecha + ureterectomía derecha por*

tuberculosis renal en 2016". En ese momento, monorrena con insuficiencia renal crónica (aclaramiento 45 ml/min), en seguimiento por Nefrología. Hernia de Spiegel. En tratamiento con Ameride, Lisinopril, Co-Diovan, Adiro 100, Cymbalta, Betmiga, hierro, Lexatín, Mirapexin Omeprazol Paracetamol, Rivotril, Toviaz, Trazodona, Zytram y Gabapentina.

El 2 de marzo de 2023 acude al Servicio de Oftalmología del Hospital Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela. Paciente remitida para cirugía de catarata en el ojo derecho desde el Hospital de Arganda. Presenta ambliopía profunda y miopía magna en el ojo izquierdo, con antecedentes de quemadura corneal a los 3 años.

En la exploración, la agudeza visual con corrección es 0.5 en el ojo derecho, y percepción de luz en el ojo izquierdo. La refracción automática muestra -4.25/-4.75x40 en el ojo derecho y -20.75/-9.25x144 en el ojo izquierdo. La presión intraocular es normal: 11 mmHg en el ojo derecho y 12 mmHg en el ojo izquierdo.

La biometría indica una cámara anterior estrecha (ci 3.63 mm en el ojo derecho) y una lente intraocular calculada de +10.5 D. La tomografía de coherencia óptica macular muestra perfil conservado en el ojo derecho, pero alterado. Se diagnostica una catarata nuclear grado N03C2 en el ojo derecho.

La topografía corneal revela queratocono y astigmatismo irregular, especialmente en el ojo izquierdo. Se planifica implante de lente intraocular tórica ZEISS AT TORBI 709 con potencia +7.00/+4.50x131 en el ojo derecho. Se informa a la paciente del riesgo de pérdida de visión cercana y posible incomodidad postoperatoria. En la misma fecha, firma el documento de consentimiento informado.

El 14 de abril de 2023 es intervenida de catarata total en el ojo derecho, mediante facoemulsificación e implante de lente intraocular tórica para corregir astigmatismo. El tratamiento postoperatorio incluye Tobradex (colirio con antibiótico y corticoide) cada 3 horas durante la primera semana. Luego se sustituye por Maxidex (dexametasona en colirio) con pauta descendente durante 3 semanas. No se reportan complicaciones intraoperatorias.

Con fecha 21 de abril de 2023, acude a consulta de seguimiento en el Servicio de Oftalmología del Hospital Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela. Paciente intervenida de catarata en el ojo una semana antes. Se registra agudeza visual sin corrección de 0.5, con capacidad de contar dedos a 50 cm en ojo izquierdo, compatible con ambliopía.

Autorrefractometría: OD -1.00 -1.00 a 19° / OI -19.75 -9.00 a 142°, lo que indica miopía magna y astigmatismo elevado en el ojo izquierdo. Presión intraocular: 13 mmHg en el ojo derecho y 18 mmHg en el ojo izquierdo, dentro de límites normales.

En la exploración oftalmológica, la conjuntiva está normal. Córnea: presenta leucomas (opacidades cicatriciales) en el ojo derecho (zona inferior) y en el ojo izquierdo (zona central). Incisiones quirúrgicas: bien cicatrizadas. Edema: presente, compatible con inflamación postoperatoria. Queratitis fluoresceína positiva (FLUO +): negativa, lo que indica que no hay úlceras corneales activas. Cámara anterior: con Tyndall +/-, es decir, leve reacción inflamatoria (presencia de células o flare). Pupila: en midriasis fija (dilatada, no reactiva), redonda y centrada. Tomografía de coherencia óptica macular: sin tracción macular, con perfil conservado. la lente intraocular está correctamente posicionada. Se observa catarata grado NO4 (nuclear opalescente grado 4) en el ojo izquierdo.

El 19 de mayo de 2023, de nuevo en consulta de seguimiento. Paciente con agudeza visual sin corrección de 0.5 en el ojo derecho, con autorrefractometría que indica miopía y astigmatismo leve. La tomografía de coherencia óptica macular muestra una pequeña membrana epirretiniana que no altera el perfil macular. La presión intraocular es de 16 mmHg y la biomicroscopía revela una superficie corneal perfecta. Se da el alta de la cirugía de catarata y se planifica valoración en su hospital de referencia para posible cirugía combinada de catarata y córnea del ojo izquierdo.

Con fecha 2 de agosto de 2023, acude a Urgencias de Oftalmología del Hospital Universitario del Sureste. La paciente refiere que al levantarse por la mañana y al final del día no ve por el ojo derecho. Está en tratamiento con lente de apoyo. El ojo izquierdo presenta baja visión, lo que sugiere que el ojo derecho es el único ojo funcional. La agudeza visual sin corrección es 0.2 en el ojo derecho y percepción de luz no medible en el ojo izquierdo. En la biomicroscopía, el ojo presenta leucomas (cicatrices) paracentrales inferiores y una queratopatía punctata superficial central. El paciente es pseudofáquico. La presión intraocular es de 15 mmHg, dentro de valores normales.

El fondo de ojo muestra una papila con excavación/papila (e/p) de 0.4. La tomografía de coherencia óptica macular del ojo derecho es normal. El juicio clínico es de queratitis en el ojo derecho.

El 6 de septiembre de 2023 acude a revisión a Oftalmología del Hospital Universitario del Sureste. La paciente acude a revisión por queratitis, tras haber sido remitida desde Urgencias. Ha recibido tratamiento con fluorometolona y lágrimas artificiales. Se indica revisar la graduación óptica del paciente. No se recomienda cirugía de catarata en el ojo izquierdo debido a una ambliopía profunda y a la dificultad quirúrgica por mala visualización secundaria a un leucoma. Se solicita

revisión del ojo derecho con campo visual 24.2, ya que presenta una papila sospechosa, aunque con presión intraocular normal.

Nueva revisión el 10 de octubre de 2023. La paquimetría muestra un grosor corneal de 557/590 micras. La tomografía de coherencia óptica macular del ojo derecho es normal, pero hay disminución de fibras ganglionares periféricas inferiores. El campo visual muestra en el ojo derecho una pérdida funcional de 3/13, falsos positivos del 10 %, falsos negativos del 26 %, mancha ciega aumentada y un defecto medio de -8.91 dB. La agudeza visual sin corrección es 0.3 en el ojo derecho y movimiento de manos en el ojo izquierdo. La presión intraocular es de 9 mmHg en ambos ojos. En la biomicroscopía, la córnea presenta leucomas paracentrales en el ojo derecho y leucoma central difuso en el ojo izquierdo. No hay inflamación en cámara anterior (BCA sin Tyndall).

El ojo derecho es pseudofáquico con lente intraocular tórica en saco capsular; el ojo izquierdo tiene catarata nuclear grado N3/10. El fondo de ojo muestra papilas algo oblicuas con palidez difusa y sospecha de pérdida de la capa de fibras nerviosas retinianas, más marcada en el ojo izquierdo, con atrofia peripapilar extensa. La mácula del ojo derecho está conservada y en el ojo izquierdo hay atrofia miópica.

Se diagnostican leucomas corneales con ambliopía bilateral, más profunda en el ojo izquierdo, y se cita para control de la presión intraocular y campo visual.

El 23 de enero de 2024, en revisión de Oftalmología. La paquimetría muestra un grosor corneal de 557/590 micras. La tomografía de coherencia óptica macular del ojo derecho es normal, aunque hay disminución de células ganglionares en la región periférica inferior. El campo visual muestra en el ojo derecho una pérdida funcional 3/13, falsos positivos 10 %, falsos negativos 26 %, aumento de la mancha ciega y defecto medio de -8.91 dB. La agudeza visual sin

corrección es 0.3 en el ojo derecho y movimiento de manos en el ojo izquierdo. La presión intraocular es de 9 mmHg en ambos ojos.

En la biomicroscopía, no hay hiperemia; se observan leucomas paracentrales en el ojo derecho y leucoma central difuso en el ojo izquierdo. No hay reacción inflamatoria en cámara anterior.

El ojo derecho es pseudofáquico, con lente intraocular tórica en saco capsular; el ojo izquierdo presenta catarata nuclear grado N3/10. El fondo de ojo muestra papilas algo oblicuas, con excavación/papila de 0.7 en el ojo derecho y 0.7–0.8 en el ojo izquierdo, con pérdida de la capa de fibras nerviosas retinianas y atrofia peripapilar, más extensa en el ojo izquierdo. Tomografía de coherencia óptica: la mácula del ojo derecho está conservada y en el ojo izquierdo hay atrofia miópica.

El juicio clínico es de ambliopía bilateral con leucomas corneales, pseudofaquia en el ojo derecho y catarata en el ojo izquierdo.

Consta en la historia clínica informe de Nefrología del Hospital Universitario del Sureste de 16 de agosto de 2024. Mujer de 75 años con enfermedad renal crónica en estadio 5, en seguimiento en Nefrología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Tiene un solo riñón (monorrena izquierda) tras la extirpación del riñón y uréter derechos en 1979, debido a tuberculosis renal. Inició tratamiento sustitutivo renal en junio de 2024 mediante hemodiálisis, debido a un fallo renal agudo grave (estadio 3), probablemente causado por una nefritis túbulointersticial aguda, de origen inmunoalérgico, por el uso de cefalosporinas. Fue tratada con corticoides sin respuesta.

Durante el ingreso, presenta una infección urinaria con fiebre, una infección respiratoria sin signos de neumonía en la radiografía (bronquitis aguda), y una atelectasia (colapso parcial del pulmón) en la base izquierda, detectada por ecografía. También presenta diarrea

crónica ya estudiada, pendiente de resultados de coprocultivo y toxina para *Clostridium difficile*, además de pérdida de peso. Tiene una anemia con glóbulos rojos de tamaño y color normales (anemia normocítica normocrómica), ya estudiada. No se realiza biopsia renal debido al mal estado general de la paciente, que incluso requiere ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), se recabó informe de los servicios intervinientes.

Así, el 10 de abril de 2024, el jefe de Sección de Oftalmología del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela emite informe, en el que relata cronológicamente la asistencia prestada a la reclamante y refiere que *“la agudeza visual por su ojo derecho sin corrección en las revisiones realizadas el 21/04/23 y el 19/05/23 fue de 0,5 (no se objetiva una pérdida total de la visión) ... El seguimiento posoperatorio fue el establecido mediante protocolo en nuestro centro para intervenciones sin complicaciones (al día siguiente de la cirugía, a la semana de la cirugía y al mes de la cirugía). En el informe de la cirugía y en la práctica habitual en las revisiones, se les indica a los pacientes motivos por los que deben acudir de urgencias a nuestro centro...”*.

Por último, concluye que *«no encuentro en los informes, ni en el resto de la historia clínica de nuestro servicio, reseñas de "lesiones causadas" durante la intervención o en el seguimiento postoperatorio realizado en nuestro centro, ni anotaciones del tipo "referidos por la paciente", ni negativas explícitas a seguir/investigar las mismas»*.

Por su parte, y con fecha 8 de julio de 2025, la Inspección Sanitaria emite informe, en el que, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos en el curso del procedimiento, concluye que *“la asistencia sanitaria dispensada a Dña. por los servicios de Oftalmología de los hospitales de la Cruz Roja San José y Santa Adela y H del Sureste, fue adecuada y de acuerdo a la lex artis”*.

Sin la práctica de más actos de instrucción, se confiere trámite de audiencia a la reclamante, mediante oficio de 15 de octubre de 2025, no constando en el expediente la formulación de alegaciones por su parte.

Finalmente, el 31 de marzo de 2026 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, en la que concluye desestimando la reclamación al considerar que no concurren los presupuestos legalmente establecidos para que pueda surgir la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- El 20 de abril de 2026 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 don Francisco Javier Izquierdo Fabre, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 20 de mayo de 2026.

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.

La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar en la condición de perjudicada por la asistencia sanitaria que considera deficiente y que, según afirma, le ha supuesto la pérdida de visión del ojo derecho.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada en un centro de titularidad pública integrado en la red del SERMAS, el Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.

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 intervención quirúrgica a la que la reclamante atribuye los daños se realizó el 14 de abril de 2023, de modo que la reclamación, presentada el 1 de abril de 2024, ha sido formulada en el plazo legal.

Respecto al procedimiento seguido, el órgano petionario del dictamen ha seguido en su instrucción los trámites previstos en las leyes aplicables. Así, se ha solicitado y emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC al servicio cuya actuación es objeto de reproche, en este caso, el Servicio de Oftalmología del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.

En este sentido, si bien el seguimiento de la paciente también se ha realizado en el Hospital Universitario del Sureste, cuyo Servicio de Oftalmología no ha sido requerido para la emisión de informe, de los términos de la reclamación se infiere que la interesada atribuye el daño a la intervención y el seguimiento postoperatorio inmediato realizado en el primero de los hospitales citados y, en todo caso, existen en el expediente suficientes elementos de juicio para la emisión del presente dictamen.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, tras lo cual se ha dado audiencia a la interesada y se ha dictado propuesta de resolución.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 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 adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal

Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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 cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005, y las 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”.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal [por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010)] 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”.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones.

QUINTA.- Entrando a analizar en el supuesto concreto la existencia de los elementos antes mencionados, la reclamante atribuye a la intervención de cataratas realizada el 14 de abril de 2023 una pérdida casi total de visión en su ojo derecho.

Esa afirmación se realiza por la reclamante sin aportar ningún dato concreto sobre en qué ha podido consistir la mala práctica ni aportar ningún informe pericial de médico especialista que permita sustentar mínimamente tal reproche.

Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (Rec. 1079/2019), las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica.

Por otra parte, cabe reiterar que la falta de éxito en una cirugía o la aparición de complicaciones no implica *per se*, al menos en la medicina curativa, la existencia de responsabilidad. Todo acto médico está expuesto a riesgos que pueden hacer fracasar la intervención o, incluso, empeorar el estado previo. En la medicina curativa existe una obligación de medios, y no de resultado [Sentencia del Tribunal

Supremo de 14 de junio de 2012 (recurso 2294/11) de tal forma que, como señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 2007 (recurso 7915/2003) y de 29 de junio de 2011 (recurso 2950/2007)]: *“(...) a la Administración no es exigible nada más que 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 materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”.*

En el caso concreto que nos ocupa, estamos ante una persona con una importante limitación de su capacidad visual previa, para la que era precisa la cirugía de cataratas en su ojo derecho, según coinciden los distintos informes médicos obrantes en el expediente. Además, el Servicio de Oftalmología del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela destaca en su informe que a la paciente en consulta se le explicó *«el procedimiento quirúrgico, riesgos, beneficios y se aclara que no es un procedimiento refractivo (para "quitar las gafas"), que necesitará gafas "al menos para cerca" después de la intervención y que el pronóstico visual es incierto por el estado de su córnea, pudiendo ocurrir que incluso este más incómoda después de la intervención».*

De igual modo, la Inspección Sanitaria señala en su informe que se realizó una evaluación preoperatoria completa, de modo que *“se identificaron correctamente factores de riesgo visual como ambliopía profunda en ojo izquierdo (OI), leucomas corneales, miopía magna bilateral y pseudofaquia previa, todos ellos con potencial para limitar el resultado visual tras cirugía de catarata... Consta en los informes que se informó a la paciente de que el pronóstico visual era incierto debido a la patología ocular previa, lo cual es esencial desde el punto de vista ético y legal”.*

También coinciden dichos informes en resaltar que la intervención de cataratas transcurrió sin incidencias. Así, el Servicio de Oftalmología refiere que *«se describe la pseudoafaquia (estado resultante tras la cirugía de catarata con implante de lente intraocular) como "perfecto". Se plantea el alta del procedimiento realizado en ojo derecho y se recomienda a la paciente valoración en su área de referencia para cirugía "combinada" de catarata y patología corneal, no estando reflejada en la historia ninguna observación ni revisión ulterior»*.

Es más, como indica la Inspección Sanitaria en su informe, y consta también en la historia clínica, tras la intervención, el resultado visual es estable inicialmente, de modo que *“la agudeza visual se mantuvo en 0,5 durante las revisiones iniciales, lo que indica un resultado quirúrgico aceptable dentro del contexto clínico”*. Es posteriormente, con fecha 2 de agosto de 2023, cuando la paciente acude a Urgencias de Oftalmología del Hospital Universitario del Sureste refiriendo su falta de visión en el ojo derecho, afectado de una queratitis, que la Inspección considera una *“complicación una complicación ocular no relacionada directamente con la técnica quirúrgica ni con una mala praxis”*.

La propia Inspección califica el seguimiento posterior de la paciente como adecuado, pues la historia clínica acredita que se realizaron controles postoperatorios, pruebas complementarias (tomografía de coherencia óptica macular, campo visual, paquimetría) y se consideró la derivación a centro de referencia para valorar trasplante corneal, *“lo que demuestra una actitud médica diligente y protocolizada”*.

Por último, y en cuanto a las eventuales causas de la pérdida de visión en el ojo derecho, de las que no consta un diagnóstico definitivo, la Inspección Sanitaria alude a un conjunto de factores tales como las *“alteraciones corneales (leucomas y queratopatía punctata superficial), neuropatía óptica posiblemente glaucomatosa o isquémica, y ambliopía*

residual. La enfermedad renal crónica avanzada (estadio 5) puede haber acelerado el daño óptico y coincidió en el tiempo”.

En efecto, en relación con esta última causa, indica en su informe que *“la paciente desarrolló un fracaso renal agudo en junio de 2023, con necesidad de hemodiálisis, y posteriormente presentó signos de daño del nervio óptico (palidez papilar, pérdida de fibras nerviosas, defecto en campo visual), por lo que es plausible que haya sufrido una neuropatía óptica isquémica o urémica, sin relación alguna con la intervención de catarata del 14 de abril de 2023”.*

En definitiva, todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a afirmar que *“la cirugía se realizó con indicación justificada, se informó adecuadamente del pronóstico, y la pérdida visual posterior fue debidamente evaluada y atribuida a una causa distinta. No se evidencian elementos que indiquen mala praxis, omisión diagnóstica ni negligencia”*, concluyendo que la asistencia sanitaria fue adecuada y conforme a la *lex artis*.

Conclusión a la que debemos atenernos, dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso 409/2017): *“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no apreciarse daño antijurídico atribuible a los servicios sanitarios intervinientes.

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 20 de mayo de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 279/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid