

Dictamen n.º: **391/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.07.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 1 de julio 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., por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la incorrecta asistencia de su patología oftalmológica en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 15 de octubre de 2023, la persona citada en el encabezamiento formula reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), porque considera que las graves secuelas que sufre son consecuencia del retraso de diagnóstico del glaucoma y de la incorrecta asistencia médica prestada en el Hospital Universitario 12 de Octubre (en lo sucesivo, “*el hospital*”).

El reclamante refiere que, desde el año 2021, viene sufriendo un empeoramiento de la visión, motivo por el cual la neuróloga que le atiende en el hospital de su enfermedad degenerativa le derivó, el 19

de noviembre de 2021, a Oftalmología. Señala que, en la primera cita en el centro de especialidades, le revisaron la agudeza visual y en la segunda, descartaron que padeciera cataratas, pero en ningún momento le midieron la tensión ocular. Alude a que en 2022 la neuróloga le remitió nuevamente a Oftalmología para que se le realizara una campimetría, dado que su visión había empeorado, y que, el 3 de mayo de 2023 le realizaron ese estudio, gracias a su insistencia. Continúa relatando que fue a su médico de familia, ya que su visión empeoraba, quien emitió informe el 19 de mayo de 2023, y que el 8 de junio de 2023 se le reconoció por la Comunidad de Madrid un grado de discapacidad del 86%.

Por último, alude a una consulta con la neuróloga el 21 de junio de 2023, tras la cual decidió ir el 11 de septiembre siguiente a un centro privado de Oftalmología, donde se le diagnosticó un glaucoma avanzado.

Reprocha que el agravamiento del glaucoma se ha debido a la falta de medición de la tensión ocular en su momento. Por todo ello, solicita una indemnización de 850.000 €.

A la reclamación se acompaña la documentación médica del centro oftalmológico privado y del hospital, un informe de salud emitido por su médico de familia y la resolución de reconocimiento del grado de discapacidad.

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

1.- El reclamante, nacido en el año 1974, se encontraba en seguimiento en el Servicio de Neurología del hospital desde el año 2016, al tener diagnosticada una esclerosis múltiple desde el año 1997. Además, tenía el antecedente de hipertiroidismo autoinmune, en seguimiento por el Servicio de Endocrinología.

El 19 de noviembre de 2021 acude a consulta de Neurología, donde manifiesta que *“cada vez ve menos nítido”*, pese a tener gafas recién graduadas. Se le diagnostica una ptosis palpebral izquierda muy leve, con simetría pupilar, y se pide interconsulta a Oftalmología.

El 22 de diciembre de 2021 es atendido en el centro de especialidades del hospital: *“Ha olvidado sus gafas habituales. No quiere ser dilatado porque tendría problemas para volver a su domicilio. Refiere ver como a través de vidrio esmerilado por el ojo derecho. Por el izquierdo ve peor por secuela tras neuritis óptica”*.

Agudeza visual (AV) sin corrección: ojo derecho: 1. Ojo izquierdo: 0,6 difícil, que mejora con estenopeico a 0,8. Pupilas bien. Ligera ptosis izquierda. Bimicroscopia: sin cataratas. Polo anterior sin alteraciones de interés. Sequedad ocular. Se aconseja tratamiento con lágrimas artificiales y se le da el alta.

En la consulta de Neurología de 20 de mayo de 2022, se deriva al paciente a Oftalmología porque refiere una mala AV. *“Insiste mucho en que no ve bien, ve como pixelado en ambos ojos. Le ocurre que le cuesta leer un libro porque se le mueven los renglones o pierde el cursor del ratón en el ordenador con frecuencia”*. Plan: *“vuelvo a remitir de nuevo a Oftalmología para una OCT (tomografía de coherencia óptica) por si fuera una alteración crónica de los nervios ópticos”*.

El paciente acude a su consulta de Neurología el 21 de diciembre de 2022. Sigue refiriendo mala agudeza visual: ve como pixelado y no ve bien por ninguno de los dos ojos. Plan: *“En Oftalmología no se le ha realizado una campimetría. Ya he remitido al paciente en dos ocasiones a oftalmología. Remito para realización de campimetría. Revisión presencial con analítica en 6 meses”*.

2.- Ya en el año 2023, el paciente acude a consulta de Neurología el 12 de abril, porque refiere que tiene visión “*en túnel*”, lo que le ocasiona muchas dificultades para la lectura, y que, en ocasiones, tenga choques en la calle cuando camina. *“En revisión previa solicité campimetría que no se ha citado. Vuelvo a solicitarla”.*

El 3 de mayo se realiza en el hospital la campimetría.

El paciente es informado el 19 de mayo, en el Centro de Salud “*Almendrales*”, del resultado de dicha prueba: importante reducción concéntrica de la visión bilateral, pendiente de seguimiento por Neurología y Oftalmología. En esa fecha, se emite, además, el llamado informe de salud del paciente.

Acude a consulta de Neurología el 21 de junio, y en cuanto a su patología visual, está anotado que desde que realiza seguimiento en ese centro, sin brotes de neuritis óptica nuevos, viene refiriendo una lenta y progresiva pérdida visual, descrita como “*visión en túnel*”, motivo por el que ya ha sido valorado en varias ocasiones por Oftalmología, con exploración razonablemente normal (pápilas normocoloreadas). Sin embargo, se le ha realizado recientemente una campimetría, que muestra una afectación muy severa en ambos ojos. *“Sería muy aconsejable completar estudio con unos potenciales evocados visuales (ver apartado de orientación diagnóstica). Esta afectación visual le resulta francamente limitante”.*

El 11 de septiembre de 2023 el paciente es evaluado en una clínica privada. La PIO (presión intraocular) es de 33 y 40 en el ojo derecho (OD) y ojo izquierdo (OI). Se le diagnostica un “*glaucoma crónico simple. Ceguera legal por reducción de campo visual*”.

El paciente acude al Servicio de Oftalmología del hospital, donde es evaluado el 19 de septiembre de 2023. Ceguera legal por reducción del campo visual menos de los 10° centrales. Plan: “*cito iridotomías*

(...) Mantengo tratamiento. Cito cuatro semanas tras laser. Continuar seguimiento". El día 27 de ese mes se le realizan las iridotomías periféricas con láser YAG.

El 30 de octubre de 2023 acude a consulta de Oftalmología para valorar el glaucoma muy avanzado y hacer seguimiento. El diagnóstico es de glaucoma primario de ángulo cerrado en ambos ojos. Ceguera legal por reducción campo visual menos de los 10° centrales. Se ajusta el tratamiento y se remite al paciente a la ONCE.

3.- En el expediente administrativo consta la Resolución de 8 de junio de 2023 del director general de Atención a Personas con Discapacidad. de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, que reconoce al reclamante un grado total de discapacidad del 86%, por "*déficit visual*".

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 24 de octubre de 2023, se informa al reclamante de la admisión a trámite de la reclamación formulada, de la normativa de aplicación y de los efectos del silencio administrativo.

Consta incorporada al expediente la historia clínica del paciente (folios 43 y siguientes) en el hospital y en el Centro de Salud "*Almendrales*" (folios 194 y siguientes).

Se ha emitido el informe del Servicio de Neurología de 9 de noviembre de 2023, en el que se narra la asistencia continua al paciente, incidiendo en que se pidió la primera interconsulta a Oftalmología en 2021, y que "*a pesar de la aparente ausencia de*

patología oftalmológica en dicha visita, la neuróloga continuó insistiendo solicitando nueva interconsulta oftalmológica, campimetría y finalmente, potenciales evocados visuales. Esta insistencia estaba basada en el perfil clínico de la pérdida visual, ya que con cita de la bibliografía, en los pacientes con pérdida crónica de la visión y ausencia de dolor ocular debe sospecharse una causa alternativa de pérdida de visión a la neuropatía óptica”.

Por el Servicio de Oftalmología se emite informe el 6 de noviembre de 2023, en el que se describe la asistencia prestada al paciente y se realizan diversas conclusiones, partiendo de que *“las alteraciones visuales que refería el paciente eran compatibles con secuelas de la neuritis que había padecido previamente por su esclerosis múltiple; la exploración en diciembre de 2021 era normal, sin datos sugestivos de padecer glaucoma, y que se descartó la existencia de cataratas ... En el campo visual de 5 de mayo de 2023 se evidencia un deterioro visual severo, y en la revisión oftalmológica realizada unos días más tarde se diagnostica glaucoma con daño severo, con una presión intraocular sin tratamiento de 33 mmHg en ojo derecho y 40 mmHg en ojo izquierdo (...)”.*

Por escrito del reclamante, registrado el 12 de diciembre de 2023, se aporta nueva documentación médica, consistente en la campimetría realizada el 7 de diciembre de 2023, donde se muestra una reducción del campo visual tras cuatro meses (folios 190 y siguientes).

Consta en el expediente un informe de valoración del daño corporal, emitido a instancias del SERMAS el 11 de octubre de 2024, que se pronuncia únicamente sobre dicha valoración, sin evaluación de la praxis médica, atendiendo al baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

En este primer informe pericial se efectúan las siguientes conclusiones:

“- El paciente fue seguido en H.U 12 de Octubre por un proceso de pérdida de agudeza visual, siendo diagnosticado finalmente, en un centro privado, de un glaucoma que afectó al nervio óptico.

- El daño residual se valora conforme a ley 35/2015 actualizada con baremo de año 2021 del siguiente modo:

Período de sanidad 511 días que consideramos de perjuicio personal moderado.

Secuelas psicofísicas: Escotoma central bilateral que valoramos en 50 puntos.

Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida en su grado moderado”.

El 30 de abril de 2025, se emite informe por la Inspección Sanitaria, en el que se analizan los antecedentes, se efectúan las consideraciones médicas oportunas y se incide en que en la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Oftalmología se pone de manifiesto que *“diversos estudios han evidenciado que la reducción de la PIO frena la progresión del glaucoma [...] para diagnosticar el Glaucoma se debe realizar un examen ocular y durante dicho examen se debe realizar las siguientes pruebas: Tonometría: mide la presión intraocular: este examen mide la presión dentro de los ojos y se realiza para detectar si hay glaucoma y para verificar la evolución cuando existe un tratamiento instaurado. Oftalmoscopia: examina el nervio óptico. Campimetría: valora el campo visual. Paquimetría: mide el espesor de la córnea”.*

La Inspección concluye que el Servicio de Neurología llevó a cabo una actuación correcta, solicitando las interconsultas a Oftalmología y las pruebas de campimetría y potenciales evocados visuales. Sin embargo, respecto del Servicio de Oftalmología, concluye que *“su actuación no fue correcta ni acorde con la lex artis, ya que: no consta que se realizara, por parte del Servicio de Oftalmología la prueba denominada tonometría (PIO) que, según la evidencia científica, mide la presión intraocular y se realiza para detectar si hay glaucoma y para verificar la evolución cuando existe un tratamiento instaurado”*.

Tras la emisión de este informe por la Inspección, se ha incorporado al expediente una ampliación del informe de valoración del daño corporal, firmada el 26 de septiembre de 2025, en el que la valoración del daño se cifra en un importe total de 228.262,34 €, con el desglose siguiente:

-Perjuicio Personal por lesiones temporales: 511 días de perjuicio personal moderado a 54,78 €/día: 27.992,58 €.

Total incapacidad temporal: 27.992,58 €.

- Secuelas:

Psicofísicas. Escotoma central bilateral (21-60 puntos) dada la magnitud de la pérdida de visión, 50 puntos: 102.057,25 €.

Estéticas: necesita del uso continuado de un bastón, perjuicio estético moderado (7-13 puntos) 8 puntos: 7.279,84 €.

- Perjuicio moral por pérdida calidad de vida en grado moderado (40% del rango del baremo): 27.392,24 €.

- Perjuicio patrimonial: gastos por pérdida de la autonomía personal. Necesidad de ayuda de una tercera persona por dos horas diarias. Total ayuda: 63.540,43 €.

La suma de todas las secuelas es de 200.269,76 €.

Se notifica al reclamante el trámite de audiencia, presentando escrito de alegaciones el 1 de febrero de 2026, en el que manifiesta la existencia del procedimiento ordinario 454/2024, en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sección 10ª.

Finalmente, el 23 de abril de 2026 se emite la propuesta de resolución, en la que se reconoce expresamente la antijuridicidad del daño sufrido por el reclamante y se estima parcialmente la reclamación, reconociendo una indemnización por importe de 228.262,34 €, que deberá ser actualizada a la fecha de resolución del procedimiento.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 12 de mayo de 2026, se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

El presente expediente, registrado con el nº 326/26, correspondió a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión indicada en el encabezamiento del dictamen.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28

de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud del 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 (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, y debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue causado en un centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Universitario 12 de Octubre.

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

En el presente caso, se reprocha una falta de diagnóstico del glaucoma en el hospital, por lo que, el *dies a quo* es el 11 de septiembre de 2023, fecha en la que se emitió dicho diagnóstico en una clínica privada de Oftalmología. En consecuencia, la reclamación,

formulada el 15 de octubre de 2023, está indudablemente presentada en el plazo 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 de la LPAC, se han emitido informes por los servicios médicos que intervinieron en la asistencia prestada. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, habiéndose emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen.

A instancias del instructor, se ha emitido un informe pericial de valoración del daño y una ampliación del mismo. Tras ello, se confirió -conforme al artículo 82 de la LPAC- trámite de audiencia al reclamante, con el resultado referido.

Finalmente, se redactó la propuesta de resolución estimatoria parcial 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.

Ahora bien, 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” (Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de marzo de 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».

O más recientemente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso de casación 5434/2024) señala:

«Así, como ya dijimos en nuestra sentencia de 15 de marzo de 2018 (Rec. 1016/2016) “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» - sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril , 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007 , 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010 -, por lo que «la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible”».

CUARTA.- En este caso, el reclamante alega que, pese a sus continuas advertencias sobre la pérdida grave de visión y las interconsultas a Oftalmología realizadas por la neuróloga, en ningún momento le midieron en este servicio la tensión ocular, lo que, según refiere, hubiera permitido un diagnóstico de su patología, de modo que no fue hasta que acudió a una clínica privada, el 11 de septiembre de 2023, cuando se le diagnosticó un glaucoma.

Para dilucidar la cuestión relativa a la infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales del Servicio de Oftalmología del hospital, y dado que el reclamante no aportó una prueba pericial para acreditar este reproche, hemos de acudir a la historia clínica y al informe elaborado por la Inspección Sanitaria, de los que se concluye -como inmediatamente veremos- que la asistencia prestada no fue correcta ni adecuada a la *lex artis*.

En efecto, en cuanto a la historia clínica puesta de manifiesto en el antecedente de hecho segundo del dictamen, observamos que, a lo largo del año 2022 -en las dos consultas de Neurología a las que el paciente acude para el tratamiento de su esclerosis múltiple- la doctora anota el 20 de mayo: “*vuelvo a remitir de nuevo a Oftalmología para una OCT (tomografía de coherencia óptica) por si fuera una alteración crónica de los nervios ópticos*”; y el 21 de diciembre: “*en oftalmología NO se le ha realizado una campimetría. Ya he remitido al paciente en dos ocasiones a oftalmología. Remito nuevamente*”.

Ya en el año 2023, resulta muy significativo que en la consulta del 12 de abril, ni siquiera se había citado al paciente para la realización de esa prueba. La neuróloga así lo constata y vuelve a solicitar la campimetría, que se realiza el 3 de mayo (folios 141 y 142 del expediente).

En adición a ello, se advierte en el evolutivo asistencial que, en la siguiente consulta de 21 de junio, la neuróloga consulta los resultados de la campimetría, que muestra una afectación del campo visual muy severa en ambos ojos, por lo que señala que “*sería muy aconsejable completar estudio con unos potenciales evocados visuales*”.

Así, no es hasta septiembre y octubre de 2023 (folios 165 y 166), y solo después de que al paciente se le diagnosticara un glaucoma en una clínica privada, cuando se valora al paciente en dos consultas

realizadas en el Servicio de Oftalmología del hospital y se efectúan las pruebas necesarias para su glaucoma.

La Inspección Médica analiza -como hemos visto en el antecedente de hecho tercero- la asistencia recibida por el hoy reclamante poniendo de manifiesto que por el Servicio de Neurología se actuó conforme a la *lex artis* según la situación y síntomas que presentaba el paciente por su patología visual, solicitando en reiteradas ocasiones diversas interconsultas.

Sin embargo, por el Servicio de Oftalmología no se prestó la asistencia requerida por la clínica del paciente, de modo que la Inspección, después de aludir -con cita de la bibliografía- a que diversos estudios han evidenciado que la reducción de la presión intraocular frena la progresión del glaucoma (enfermedad ocular que consiste en un daño del nervio óptico del ojo), concluye de forma clara que no consta que se realizara la tonometría o medida de la presión intraocular y, en consecuencia, que *“la actuación facultativa NO fue correcta ni acorde con la lex artis”*.

Así las cosas, hemos de estar a esta conclusión alcanzada por la Inspección, siendo oportuno recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sus sentencias de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), de 20 de noviembre de 2025 (recurso 1031/2023) o de 6 de marzo de 2026 (recurso 462/2023): *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”*.

QUINTA.- Una vez acreditada la relación de causalidad y la antijuridicidad del daño, procede pronunciarse sobre la concreta valoración y, en consecuencia, fijar el *quantum* indemnizatorio, sobre la base del expediente administrativo remitido.

Para ello, ha de tenerse en cuenta que la aplicación del baremo establecido por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, es meramente orientativa.

La propuesta de resolución, sobre la base del último informe de valoración del daño corporal elaborado a instancias del SERMAS con fecha 26 de septiembre de 2025, otorga al reclamante una indemnización total de 228.262,34 €, con el desglose que ya ha sido expuesto, y al cual nos remitimos (folio 218 del expediente).

Por su parte, el reclamante no aportó con su reclamación informe pericial alguno y, tras el trámite de audiencia, no efectuó en su escrito de alegaciones reproche alguno al informe emitido a instancias del SERMAS, limitándose a señalar que la reclamación de responsabilidad patrimonial está ya en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

Por todo lo cual, esta Comisión Jurídica Asesora entiende que ha de estarse a la valoración que recoge la propuesta de resolución, basada en el informe pericial y en su ampliación, emitidos a instancias del SERMAS, y otorgar una indemnización de 228.262,34 euros, que deberá actualizarse a la fecha en que se ponga a fin del procedimiento, conforme a lo establecido en 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 de responsabilidad patrimonial, y reconocer al reclamante una indemnización por importe de 228.262,34 euros, que deberá actualizarse conforme a lo establecido en el artículo 34.3 de la 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 1 de julio de 2026

El presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 391/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid