

Dictamen nº: **498/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.11.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 3 de noviembre de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el Consejero 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 que atribuye a una intervención quirúrgica de cataratas en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 11 de febrero de 2019, la persona citada en el encabezamiento presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicita una indemnización por las secuelas supuestamente derivadas de la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

Expone en su reclamación que el 23 de abril de 2014 acudió al citado centro hospitalario al presentar vista borrosa y un fuerte dolor en los ojos y fue diagnosticado de catarata subcapsular posterior (SCP), sin hemorragias ni lesiones de retina derecha. En ojo izquierdo fibras de mielina en polo superior de papila, abundantes hemorragias

en astilla peripapilares, bordes de papila algo borrados, abundantes hemorragias puntiformes en cuatro cuadrantes, aspecto de oclusión vascular de la retina (TVCR), mala imagen por catarata, desprendimiento de hialoides posterior sin tracciones y perfil loveal normal.

Refiere a continuación que el 26 de febrero de 2015 fue intervenido quirúrgicamente de catarata en el ojo derecho en el Hospital Universitario Infanta Leonor realizándose facoemulsificación con implante de lente intraocular (+21.OD) en sulcus en ojo derecho, bajo anestesia tópica, y recibió alta, el mismo día de la intervención con cita para revisión al día siguiente de la intervención.

Indica que acudió a la primera revisión y el 2 de marzo de 2015 tuvo que acudir nuevamente a consulta aquejado de un fuerte dolor en el ojo derecho intervenido, se le indicó que era normal tras la intervención diagnosticando una leve estriada pero al no mejorar la situación e iniciar una pérdida casi total de la vista volvió a acudir en varias ocasiones a consulta de Oftalmología y le confirman que los síntomas que presentaba se debían *“a una inflamación en el ojo”* que requería un tratamiento con láser, tratamiento que se negó a recibir, puesto que según el reclamante, dicho tratamiento no le garantizaba mejoría alguna y sobre todo no le garantizaba la recuperación de la visión perdida por lo que solicitó el alta hospitalaria para poder ser tratado en otro hospital y obtener una segunda opinión.

Manifiesta, que en la primera consulta del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz le indicaron que la intervención realizada en el Hospital Universitario Infanta Leonor le había dañado la córnea y necesitaba un trasplante. Respecto a la intervención con láser le recomendaron que si se sometía a dicho tratamiento podía perder totalmente la visión del ojo sin posibilidad de recuperación.

Según el reclamante, por los nefastos resultados y el perjuicio ocasionado en la intervención de cataratas realizada en el Hospital Universitario Infanta Leonor tuvo que someterse a varias cirugías en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz donde le implantaron un injerto de 8,75 mm y una lente intraocular para solucionar la descomposición corneal del ojo derecho, sin que a pesar de las múltiples intervenciones haya podido recuperar la visión y *“es más que probable que nunca la vuelva a recuperar”*.

Solicita una indemnización total de 45.301,41 euros por los siguientes conceptos: 29.588,00 euros por perjuicio por pérdida de visión en el ojo derecho, 10.000 euros por perjuicio por pérdida de calidad de vida leve, 4.000 euros por perjuicio patrimonial y 1.000 euros por perjuicio excepcional.

Acompaña al escrito de reclamación diversa documentación médica (folios 18 a 151).

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

El paciente, nacido en 1953, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, enolismo crónico, hipertensión arterial, ansiedad y dislipemia acudió por primera vez a consulta de Oftalmología del Hospital Universitario Infanta Leonor el 9 de febrero de 2012.

El 31 de marzo de 2014 acude a consulta de Oftalmología porque tiene la vista borrosa y le duelen los ojos. En la exploración se observa una agudeza visual en el ojo derecho de 0,4-0,6 y en el ojo izquierdo 0,2-0,4. En el ojo derecho presenta catarata, sin hemorragias ni lesiones de retinopatía diabética, sí se observa desprendimiento de dialoides posterior sin tracciones y perfil foveal normal. En el ojo

izquierdo abundantes hemorragias en astilla y puntiformes en cuatro cuadrantes. Con juicio clínico de trombosis vena central de la retina en el ojo izquierdo, se le plantea tratamiento anti-VEGF 3 dosis, para lo que firma el consentimiento informado.

Las inyecciones intravítreas se administran el 23 de abril, 29 de mayo y 3 de julio de 2014.

En los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2014 fue revisado en Oftalmología y en la consulta del día 17 de febrero de 2015 el paciente manifiesta que no ve bien. Presenta catarata densa subcapilar en el ojo derecho y se propone al paciente tratamiento quirúrgico para ese ojo.

El mismo día 17 de febrero de 2015 firma el consentimiento informado para la cirugía de catarata del ojo derecho en el que, entre otras complicaciones, figura la descompensación corneal que puede precisar trasplante de córnea.

El 26 de febrero de 2015 se realiza la cirugía mediante facoemulsificación con implante de una lente intraocular (+21.0 D) en sulcus, bajo anestesia tópica, sin incidencias. Recibe alta con tratamiento de maxidex, exocin y respetar sueño.

Al día siguiente, el paciente acude a revisión al Servicio de Oftalmología. Se queja de dolor. Presenta edema corneal estromal y microbullas epiteliales. Midriasis media. Buena cámara, lente intraocular bien y presión intraocular 38. Se pauta edemox y revisión el lunes.

En la consulta de Oftalmología del día 11 de marzo de 2015 el paciente se queja de que ve peor. Presenta agudeza visual en el ojo derecho 0.3 (+2). Mantiene leve estriada. Cámara amplia. Presión intraocular, 15.

En la exploración realizada el 17 de abril de 2015 la lente está estable, pero presenta opacidad en capsula posterior paracentral inferior y nasal importante. Se plantean realizar capsulotomía en el ojo derecho que se descarta por el riesgo de agravamiento del edema macular, y cirugía de catarata en el ojo izquierdo.

En las revisiones de 26 de mayo, 3 y 10 de junio se aprecia edema macular con desprendimiento neurosensorial, cornea con pliegues endoteliales y se pauta tratamiento con colirio antiedema. Se le explica al paciente que además la visión es mala por la retina y a lo mejor hay que tratar con inyecciones intravítreas. Se le informa del riesgo de aumentar la inflamación de la retina con la cirugía láser.

El 24 de junio de 2015 el paciente manifiesta su deseo de ser tratado en otro centro; se le informa del procedimiento y se le da el alta.

En el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz ha recibido tratamiento en el ojo izquierdo por un edema macular quístico y ha sido intervenido de catarata en el ojo izquierdo mediante facoemulsificación más implante de lente intraocular.

El 3 de noviembre de 2015 acudió por descompensación corneal en el ojo derecho, le pusieron un injerto de 8.75 mm y rellenaron la cámara anterior al 100%.

El 10 de noviembre de 2015 fue tratado del edema macular quístico en el ojo izquierdo, y en ambos ojos, mediante lucentis intravítreo.

El 10 de marzo de 2016 fue operado en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de catarata en el ojo izquierdo mediante facoemulsificación con implante de lente intraocular.

Ha permanecido en seguimiento y ha acudido a revisión de Oftalmología en dicho centro hospitalario.

En el último informe de Oftalmología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz obrante en la historia clínica de 12 de abril de 2018 presenta una agudeza visual de 0.9 en el ojo derecho y 0,4 en el ojo izquierdo. Pseudoafaquia bilateral con fibrosis capsular leve de ojo derecho y retinopatía diabética severa no proliferante en el ojo derecho, y moderada en el ojo izquierdo.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del paciente del Hospital Universitario Infanta Leonor (folios 164 a 512) y del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (folios 513 a 1640) sin que la asistencia sanitaria dispensada en este centro sanitario sea objeto de reproche.

El 15 de marzo de 2019 emite informe el jefe de Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Infanta Leonor en el que describe la asistencia dispensada al paciente desde el día 31 de marzo de 2014 cuando acudió al Servicio de Oftalmología remitido por el médico de Atención Primaria *“por pérdida de visión del ojo izquierdo de tiempo de evolución no determinada en paciente diabético insulino-dependiente”*.

Precisa que en la exploración realizada en dicha fecha presentaba una agudeza visual de 0,4-0,6 en el ojo derecho y de 0,2-0,4 en el ojo izquierdo, una catarata inicial bilateral nuclear y subcapsular posterior y pliegues en la membrana de Descemet corneal de ambos

ojos. En el fondo de ojo se observó trombosis de vena central de la retina con edema macular quístico secundario.

A continuación, describe los controles clínicos y tratamientos realizados en el ojo izquierdo y respecto al ojo derecho indica que la pérdida de agudeza visual del ojo derecho se apreció con un valor de 0,3 en la revisión del día 17 de febrero de 2015 y se propuso al paciente cirugía de catarata de ojo derecho que aceptó y firmó el consentimiento informado, cirugía que se realizó el día 26 de febrero de 2015. En las revisiones posteriores se puso de manifiesto la existencia de pliegues en Descemet con edema corneal y fibrosis inicial de capsula posterior y en la revisión del 3 de junio de 2015 se apreció edema macular con desprendimiento neurosensorial descartándose la capsulotomía YAG por el riesgo de agravamiento del edema macular y finalmente el 24 de junio de 2015 el paciente solicitó derivación a otro centro.

En sus conclusiones el informe recoge que tras la cirugía de catarata del ojo derecho tuvo un edema corneal secundario registrado e informado al paciente y que fue tratado medicamente. Subraya que no se le recomendó laser para la fibrosis capsular inicial y que en el consentimiento informado de la cirugía de la catarata figuraba entre las complicaciones posibles la descompensación corneal, que puede precisar trasplante de córnea, y el paciente tenía alteración corneal previa en la membrana de Descemet. Que a lo largo de los años que no ha sido controlado en el Hospital Universitario Infanta Leonor ha desarrollado una retinopatía diabética severa en el ojo derecho no presente en la última revisión realizada en el Hospital Universitario Infanta Leonor y que la agudeza visual en el ojo derecho según el informe médico de 12 de abril de 2018 es de 0,9 sobre 1, lo que contradice lo expresado por el reclamante cuando en su reclamación expresa que no ha podido recuperar visión.

La Inspección Sanitaria en informe de 24 de julio de 2019 (folios 1641 a 1646) considera que la asistencia prestada en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Infanta Leonor fue correcta o adecuada a la *lex artis*.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia por medio de edicto publicado en el Boletín Oficial del Estado del día 13 de julio de 2020, previo intento infructuoso de notificación en el domicilio indicado por el interesado.

No figura en el expediente la presentación de alegaciones.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de 24 de septiembre de 2020 en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al considerar que ha prescrito el derecho de reclamar y no obstante lo anterior, no existir mala praxis ni nexo causal entre la actuación facultativa y el daño reclamado.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 6 de octubre de 2020.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora, en su sesión de 3 de noviembre de 2020.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

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 26 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (en lo sucesivo, LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

En lo que respecta a la legitimación activa, el reclamante ostenta dicha legitimación para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP por cuanto que es la persona afectada por los daños cuya indemnización reclama.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el Hospital Universitario Infanta Leonor, centro sanitario perteneciente a la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Conforme a lo dispuesto en el artículo 81.1 de la LPAC se ha recabado informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Infanta Leonor y también se ha emitido informe por la

Inspección Sanitaria. Tras la incorporación de los anteriores informes, de acuerdo con lo previsto en el artículo 82 de la LPAC, se dio audiencia al reclamante, que no formuló alegaciones. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- En relación con el plazo para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, para que la reclamación pueda surtir efecto es necesario que haya sido formulada dentro del plazo que permite la ley, esto es, antes de haberse producido la prescripción del derecho a reclamar.

A tenor del artículo 67.1 de la LPAC, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde el momento de producción del hecho que motive la indemnización o desde la fecha en que se hayan manifestado sus efectos lesivos. Como particularidad, cuando los daños tengan carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o, en su caso, desde la determinación del alcance de las secuelas.

El precepto legal acoge así un criterio objetivo vinculado a la aparición de las secuelas aplicando la teoría de la *actio nata*, a la que también apela con el mismo objeto la Sala Tercera del Tribunal Supremo, entre otras muchas ocasiones, en la sentencia de 22 de febrero de 2012, recurso de casación 608/2010, en que el Alto Tribunal recuerda que “la fecha inicial para contar el plazo de

prescripción del artículo 142, apartado 5, del Ley 30/1992, tratándose de daños físicos o psíquicos en las personas, es la de la curación o aquella en la que se conoce el alcance de las secuelas a, esto es, cuando se estabilizan los efectos lesivos y se conoce definitivamente el quebranto de la salud”.

En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se presenta el 11 de febrero de 2019 en relación con las secuelas derivadas de la intervención de catarata en el ojo derecho realizada el 26 de febrero de 2015 en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

Tras la cirugía realizada sin incidencias, presentó dolor y pérdida de visión, solicitó el alta hospitalaria y en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz continuó el seguimiento de su patología ocular en el ojo derecho, en el que sufrió una descompensación corneal que precisó de un trasplante de córnea el 3 de noviembre de 2015 siendo esta la fecha en la que el interesado fue conocedor de la lesión y del alcance de las secuelas, toda vez que según la historia clínica en las revisiones posteriores en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, el trasplante corneal presentó corrección y buen aspecto, y las revisiones de Oftalmología (glaucoma, cornea y retina) y los tratamientos que le fueron pautados posteriormente permitieron una mejoría en su agudeza visual.

Por lo expuesto, resulta evidente que desde el año 2015 el reclamante conoció que padecía una secuela derivada de la intervención realizada para la extracción de la catarata del ojo derecho.

En este sentido es reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo que afirma que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a

evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance, así sentencias de 10 de mayo de 2011 (rec. 3301/2007), de 26 de febrero de 2013 (rec. 367/2011) y de 6 de mayo de 2015 (rec. 2099/2013), entre otras muchas. Esta misma doctrina se ha recogido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, por ejemplo, en la Sentencia de 10 de enero de 2019 (rec.185/2018) y por esta Comisión Jurídica Asesora en los Dictámenes 552/19, de 19 de diciembre y 50/20, de 13 de febrero, entre otros muchos.

Por tanto, puesto que la secuela padecida por el reclamante fue establecida en noviembre de 2015 cabe considerar que desde la precitada fecha el reclamante tuvo pleno conocimiento del daño y pudo reclamar si consideraba que podía existir responsabilidad por parte de la Administración, por lo que la reclamación presentada en febrero de 2019, resulta extemporánea.

CUARTA.- En cualquier caso, aunque no hubiera prescrito el derecho a reclamar, tampoco procedería el reconocimiento de la existencia de la responsabilidad patrimonial porque el reclamante tan solo aporta diversa documentación médica y de la historia clínica e informes, tanto de la Inspección Sanitaria como del Servicio de Oftalmología, resulta que la intervención de la catarata del ojo derecho, realizada en el Hospital Universitario Infanta Leonor, discurrió sin incidencias y se desarrolló con normalidad. Se le implantó una lente intraocular y con posterioridad a la cirugía realizada presentó un edema corneal secundario del que fue informado el paciente y fue tratado medicamente. El paciente solicitó la derivación a otro centro sanitario y desde entonces ha sido revisado y tratado en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. El 3 de noviembre de 2015 acudió a este centro hospitalario por descompensación corneal en el ojo derecho que requirió injerto.

Además, destacan los informes obrantes en el expediente que el paciente presentaba una alteración corneal previa en la membrana de Descemet y que en el consentimiento informado se advertía como complicación posible de la cirugía, la descompensación corneal, que podría precisar un trasplante de córnea. También destacan ambos informes que la agudeza visual del ojo derecho del reclamante ha mejorado puesto que de una agudeza visual prequirúrgica de 0,3, después de la intervención de la catarata es de 0,9.

Conviene recordar que el valor del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes es fundamental. Como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016):

“El informe de la Inspección Sanitaria, sin ser propiamente una prueba pericial, es también un relevante elemento de juicio para la valoración y apreciación técnica de los hechos o datos que interesan a las cuestiones litigiosas planteadas por las partes. La fuerza de convicción de sus consideraciones y conclusiones depende de la motivación, objetividad y coherencia interna del informe emitido pero también de los criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes con que los Médicos Inspectores informan”.

Lo hasta ahora expuesto conduce a entender que no se ha acreditado que haya existido una mala praxis por parte de los servicios sanitarios que atendieron al reclamante pues así se deriva de la historia clínica y del informe del servicio implicado, corroborado por el de Inspección Sanitaria.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación formulada por encontrarse prescrito el derecho a reclamar y, en cualquier caso, por no haberse acreditado la vulneración de la lex artis.

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 3 de noviembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 498/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid