

Dictamen n.º: **125/20**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **12.05.20**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 12 de mayo 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 Dña. ....., por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario en Fuenlabrada en una operación de cataratas.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 29 de mayo de 2018 en el registro general auxiliar de la Comunidad de Madrid dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) la interesada antes citada formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario de Fuenlabrada en una intervención de cataratas en su ojo izquierdo (folios 1 a 12 del expediente administrativo).

Según expone en su escrito, la asistencia sanitaria ha sido incorrecta al haberse producido varias irregularidades consistentes en la realización de un preoperatorio incompleto en un paciente con patología corneal previa; realización de la técnica de la intervención sin cuidado y diligencia

y con *“inexperiencia de la facultativo actuante”*; considera que el informe de alta está incompleto al no figurar en el mismo sus antecedentes personales y que, además, hubo un mal seguimiento postoperatorio a pesar del dolor, enrojecimiento del ojo y sensación de cuerpo extraño. Dice que la intervención debería haberse realizado mucho antes y que todo ello le ha supuesto una pérdida de agudeza visual muy considerable que le ha entorpecido hasta en la realización de las tareas básicas de la vida diaria. Alega que en todas las revisiones refirió dolor y pérdida de agudeza visual y que, a pesar de ello, durante tres meses solo le pautaron colirios. Dice que después de la intervención ha perdido prácticamente la visión de cerca y que, recientemente, los facultativos le han indicado la necesidad de un trasplante de córnea.

La interesada no cuantifica el importe de su reclamación y acompaña con su escrito diversos informes médicos de la historia clínica (folios 13 a 18).

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

La reclamante, de 59 años de edad, acudió a su médico de Atención Primaria el 15 de junio de 2015 por pérdida de agudeza visual de ambos ojos y fue derivada al Servicio de Oftalmología.

El día 22 de julio de 2015 fue atendida en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada donde se le diagnosticó miopía y córnea guttata, pautándose lágrimas artificiales.

El día 5 de enero de 2017 volvió nuevamente a su centro de salud por disminución de la agudeza visual, por lo que fue derivada nuevamente al Servicio de Oftalmología.

Con fecha 7 de marzo de 2017 fue vista en la consulta de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada diagnosticándose catarata

quirúrgica en su ojo izquierdo. Se propuso tratamiento consistente en cirugía de catarata, informándose a la paciente de la intervención, se entregó y firmó documento de consentimiento informado y se solicitó preoperatorio.

El consentimiento informado firmado por la reclamante recogía como posibles complicaciones la descompensación corneal *“que puede precisar trasplante de córnea”* (folio 100).

El día 24 de marzo de 2017 acudió al Servicio de Urgencias por miodesopsias de 4 días de evolución, diagnosticándose un desprendimiento vítreo posterior en el ojo derecho, explicándosele la entidad clínica y síntomas de riesgo para volver a Urgencias.

Con fecha 6 de junio de 2017 ingresó para la intervención de catarata del ojo izquierdo. Se realizó facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO) (+13) en sulcus en ojo izquierdo bajo anestesia tópica sin incidencias, por lo que fue dada de alta.

Se indicó como tratamiento Tobradex colirio, una gota cada 3 horas. Acular colirio, una gota cada 6 horas.

Al día siguiente, 7 de junio de 2017, acudió a revisión de la intervención. Tenía una agudeza visual de 0.3, CAE 0.5. Se le realizó una biomicroscopia que se informó: LIO en sulcus, no seydel, tyndal++, edema corneal leve+, no vítreo, pupila centrada y redonda. Presión Intraocular (PIO): 20. Fondo papila fisiológica, normocoloreada, vítreo claro. Se modificó el tratamiento con pauta descendente Tobradex, Acular cada 6h, Timolol 0.5% cada 12h y revisión en 4 días.

Con fecha 12 de junio de 2017 acudió a la revisión al Servicio de Oftalmología. Realizada biomicroscopia: no edema, cornea guttata, no

seidel. PIO 10. Se indicó tratamiento con pauta descendente y revisión en 1 mes.

El 10 de julio de 2017, volvió a revisión al Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada. “AVL OI-0.7+2 CAE NM.AUTO +0.25-1.5\*85”. Se realizó biomicroscopia del ojo izquierdo. No se observó edema, “*pseudofaco correcta*” (sic). PIO-OI-16 (Timolol). Fondo de ojo izquierdo: “papila bordes nítidos, normocoloreada, Excavación/papila (E/P 0.1); macula estructurada, retina aplicada, resto sin alteraciones significativas. Se indicó como tratamiento seguir con Timolol cada 12h, lagrimas artificiales 3-4 veces al día si presentara molestias. “*Paso optometrista para graduación quiere esperar para cirugía de OD, cito en septiembre*”.

Con fecha 13 de julio de 2017 acudió la paciente al Servicio de Urgencias Oftalmológicas, por ojo rojo y sensación de cuerpo extraño tras facoemulsificación en ojo izquierdo el día 6 de junio de 2017. La agudeza visual del ojo izquierdo de 0.4 CAE 0.6 (previa 0.7 CAE nm). La biomicroscopia del ojo izquierdo no mostraba cuerpos extraños corneales ni en conjuntival tarsal superior ni inferior. Hiperemia conjuntival, queratitis punteada (QPS) superior, no edema estromal. BUT (*break-up time –tiempo de rotura lacrimal*) acortado. Tyndall-, no seidel. Pseudofaquia correcta. Resto de polo anterior sin alteraciones significativas. PIO OI: 14 (en tratamiento con Timolol). Con el juicio Clínico de ojo izquierdo seco. Se indicó seguir con Timolol cada 12h, lágrimas artificiales 1gota cada 4h, Xilin Night por las noches.

Según consta en la anotación de la historia clínica de su médico de Atención Primaria correspondiente al día 14 de julio de 2017, la revisión del día 10 de julio era normal, aunque la agudeza visual estaba disminuida. La paciente contó que había ido a Urgencias por “*ojo seco*”, que le habían recetado lágrimas artificiales y que no quería volver al Hospital Universitario de Fuenlabrada porque “*no está conforme con la*

*atención”. En relación con la baja médica de la reclamante, el médico de Atención Primaria hace constar en la asistencia de ese día: “Llega propuesta de alta. La paciente refiere que ve peor que antes de operarse, mantengo baja y derivó a Oftalmología (quiere ir a Móstoles)”.*

El día 24 de julio de 2017 fue atendida por primera vez en la consulta del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, tras haber manifestado la paciente su deseo de ser atendida en otro centro sanitario.

El 4 de agosto de 2017 refirió a su médico del centro de salud que seguía mal, anotándose en la historia: *“le doy parte”*. También manifestó que se había cambiado al Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles.

Según consta en la historia clínica del médico de Atención Primaria del día 18 de agosto de 2017 vista en consulta de Oftalmología se había observado *“adelgazamiento patológico del cuadrante temporal, resto N. Van a hacer campo visual (CV) en agosto. Sigue mal, dice que no ve. Quiere una solución y va a poner una reclamación/denuncia”*.

La paciente fue dada de alta por mejoría por su médico de Atención Primaria el día 8 de septiembre de 2017 con indicación de revisión en octubre.

El día 25 de octubre de 2017 acudió a revisión en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles, dejando constancia de los resultados de las pruebas realizadas. En el ojo derecho se observaba córnea guttata y catarata. En el ojo izquierdo: *“córnea guttata, LIO en CP”, PIO 15/16 mmHg*, pautándose continuar con Timolol y pomada antiedema antes de dormir y revisión en 6 meses con recuento endotelial, campo visual (CV) y fondo de ojo (FO).

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Se ha incorporado al expediente un informe de su médico de Atención Primaria que relata la asistencia prestada a la paciente en su centro de salud.

Igualmente, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC ha emitido informe, con fecha 3 de julio de 2018 el jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (folios 63 a 67), que da cumplida respuesta a las alegaciones de la reclamante e indica que los pacientes con patología corneal como la de la reclamante, son intervenidos y tratados por especialistas en dicha patología, como así ocurrió (especialistas en Polo Anterior). En el Hospital de Fuenlabrada existe subespecialización oftalmológica, donde hay personal altamente cualificado en patología de Retina, Estrabismo, Neuroftalmología, Órbita y Oculoplastia, Córnea e Inflamación Ocular y Glaucoma.

El informe señala que *“las pruebas complementarias de rutina no se realizan si la exploración biomicroscópica es suficiente”* y que *“esta paciente no presentaba edema corneal, (ni estromal, ni endotelial), solo guttas endoteliales por lo que no requirió la realización de paquimetría”*. Afirma que el estudio preoperatorio fue adecuado a las necesidades individuales de la paciente, y según el protocolo de práctica clínica habitual del centro. *“Dada la situación preoperatoria de la paciente, las opciones que fueron propuestas y explicadas con detalle fueron; bien no intervenir y esperar la evolución de la catarata o bien intervenir mediante facoemulsificación (opción elegida por la paciente)”*. El informe considera que la extracción de la catarata por facoemulsificación era la única técnica indicada en esta paciente; que la medida de la lente de 13 dioptrías que lleva implantada la reclamante corresponde a su biometría, *“que no tiene que ver con sus 5*

*dioptrías de miopía que porta en las gafas”; que el procedimiento combinado de trasplante y facoemulsificación se determina cuando en la biomicroscopia hay presencia de edema corneal, “que la paciente no tenía”. El informe considera que la paciente “ha mejorado claramente en su agudeza visual” y señala finalmente que “en la historia consta que no acude a las posteriores visitas de seguimiento, por lo que cualquier complicación sucedida después de ese período es altamente improbable que se pueda achacar a un estudio preoperatorio inadecuado o una complicación de la técnica quirúrgica”.*

Con fecha 18 de julio de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 116 a 136) que concluye que la actuación realizada por parte del Servicio de Oftalmología del Hospital de Fuenlabrada fue adecuada en el curso clínico de esta paciente.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia. Por escrito fechado el día 4 de septiembre de 2019, la reclamante presenta alegaciones en las que manifiesta su disconformidad con el informe de la Inspección Sanitaria y con el del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Insiste en que no hubo preoperatorio completo porque no se realizó una paquimetría y porque “no se comprobó si existía, o no, edema epitelial”.

Con fecha 19 de noviembre de 2018 presenta alegaciones el gerente del Hospital Universitario De Fuenlabrada formula alegaciones en las que se opone a la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

Se ha formulado propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (folios 146 a 150) con fecha 26 de noviembre de 2019 desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha demostrado que la atención sanitaria dispensada haya sido deficiente.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 13 de febrero de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 90/20, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 12 de mayo de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera 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 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada por 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 20 de enero, (en adelante, ROFCJA).

Se advierte que el presente procedimiento quedó suspendido en virtud de la disposición adicional 3ª del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de



crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, prorrogado por el Real Decreto 514/2020, de 8 de mayo.

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, 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.

La 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 supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 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 caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que la reclamante fue intervenida el día 6 de junio de 2017, por lo que la reclamación presentada el día 29 de mayo de 2018 está formulada en plazo.

**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 LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), 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 20 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 2095, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 2096 , 16 de noviembre de 2098 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 2099)”.*

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 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), 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. En estos casos, como señalan las Sentencias de 20 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

**QUINTA.-** La reclamante alega como daño una pérdida de agudeza visual muy considerable y que va a tener que volver a intervenir para un trasplante de córnea, sin haber transcurrido ni siquiera un año de la anterior intervención.

Ahora bien, los daños alegados no resultan acreditados. En este sentido, el informe de la Inspección dice, en relación con la disminución de la agudeza visual alegada, que *“ha mejorado con la intervención su agudeza visual”* porque tras operarse veía un 50% con gafas y con 5.5 dioptrías de miopía y actualmente *“la agudeza visual final sin corrección es un 40%, con solo 1,5 dioptrías de astigmatismo”*. En este mismo sentido el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada pone de manifiesto que la paciente decidió no graduarse y esperar a la cirugía del 2º ojo y que *“con corrección posiblemente superase el 70%”*.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la reclamante, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

La reclamante sostiene que ha habido mala praxis porque el preoperatorio fue incompleto en una paciente diagnosticada con patología corneal, sin que se le realizara una paquimetría ni se comprobó si existía, o no, edema epitelial; que la técnica de la intervención se efectuó sin cuidado y diligencia y por un facultativo sin experiencia; que el informe de alta tras la intervención está incompleto, al no recoger los antecedentes personales de la paciente y, finalmente, un mal seguimiento en el postoperatorio.

La reclamante no aporta, sin embargo, ninguna prueba que acredite la realidad de sus afirmaciones, que resultan contradichas por el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada, por el informe de la Inspección Sanitaria y por la propia historia clínica.

Así, en relación con el preoperatorio, la reclamante sostiene que, a la vista de sus antecedentes de córnea guttata se le tenía que haber realizado una paquimetría, así como comprobar si existía, o no, edema epitelial.

Sobre esta cuestión, el médico inspector señala que el examen biomicroscópico, o estudio microscópico del ojo *“in vivo”* que permite ver los más finos detalles externos e internos del globo ocular y sus anejos es la prueba más importante, no solo para el diagnóstico, sino también para evaluar si existe edema epitelial. El médico inspector añade que el recuento endotelial no es de gran ayuda en la toma de decisiones, *“ya que el número de células mínimo para que la córnea se mantenga transparente es variable según los casos, y el recuento de células en los pacientes con distrofia de Fuchs varía según la zona de la córnea que se evalúa”* y concluye que *“las pruebas de biomicroscopia son suficientes, esta paciente no presentaba edema corneal, ni estromal ni endotelial, solo guttas endoteliales por lo que no requirió paquimetría”*, prueba cuyo objetivo es medir el grosor de la córnea.

En relación con la mala praxis en la intervención y falta de experiencia del facultativo que intervino a la reclamante, además de no haber sido probado por la reclamante con un informe pericial, hay que tener en cuenta como el jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada refiere que la paciente fue intervenida por una especialista en Polo Anterior, esto es, especializado en patologías de retina, estrabismo, neuroftalmología, órbita y ocuplastia, córnea e inflamación ocular y glaucoma.

Además, en cuanto al tipo de intervención utilizado, en la que al tratarse de una paciente con una córnea guttata y catarata, se podía optar por una facoemulsificación de forma aislada o triple procedimiento consistente en procedimiento combinado de facoemulsificación y trasplante corneal, el informe de la Inspección Sanitaria es concluyente al señalar que:

*“Si no existe edema epitelial (no hay visión borrosa matutina, exploración mediante lámpara de hendidura no detecta edema epitelial), se puede realizar facoemulsificación de forma aislada.*

*Por supuesto hay que informar al paciente de la posibilidad de requerir un trasplante de córnea en el futuro. Consta en el consentimiento informado, firmado por paciente”.*

En este sentido, el informe del Servicio de Oftalmología pone de manifiesto que la extracción de la catarata mediante facoemulsificación era la única técnica indicada a la paciente pues *“ni la extracción extracapsular ni el procedimiento combinado de facoemulsificación y trasplante corneal estaban indicados en ese momento debido a que los riesgos superaban claramente los beneficios”*. Así, se señala que *“el procedimiento combinado de trasplante y facoemulsificación se determina cuando en la biomicroscopia hay presencia de edema corneal (que la paciente no tenía) y no se realiza en todos los centros al mismo tiempo, depende de cada caso particular. Pero se tiene en cuenta, como digo, según la presencia de edema previo”*.

En relación con el informe de la operación, constan en el expediente todos los informes y hojas de evolución relativos a la misma, realizada el día 6 de junio de 2017. Si bien es cierto que en el apartado antecedentes personales no se ha hecho constar ninguno, el informe tiene en cuenta la patología corneal de la paciente al ser intervenida por una especialista en Polo Anterior e indicar revisiones por la misma consulta de esa especialidad (folio 15). Sobre esta alegación, el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada declara que en el apartado de antecedentes personales se recogen en los informes los de carácter sistémico, tales como hipertensión arterial o diabetes.

Finalmente, en relación con el seguimiento postoperatorio, resulta acreditado en la historia clínica que la evolución de la paciente tras la intervención fue satisfactoria, la presión intraocular siempre estuvo

controlada y, finalmente, la posibilidad de que fuera necesaria un trasplante de córnea estaba prevista como complicación en el documento de consentimiento informado previo a la intervención en el que se indicaba que era posible una descompensación corneal que podía exigir la necesidad de un trasplante corneal. Documento de consentimiento informado que fue firmado por la paciente el día 7 de marzo de 2017.

En relación con la lente implantada, el informe de la Inspección señala que se trataba de una lente de 13 dioptrías que era la que correspondía a biometría y que *“no tiene nada que ver con las 5 dioptrías de miopía que presentaba en gafa”*.

Por tanto, debe concluirse que la asistencia prestada a la reclamante por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada fue correcta y ajustada a la *lex artis*, como concluye el médico inspector en su informe.

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 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

*“...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, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente



## CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 12 de mayo de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 125/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid