

Dictamen nº: **533/19**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **12.12.19**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 12 de diciembre de 2019, 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 los daños sufridos como consecuencia de una intervención de cataratas por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos y su posterior seguimiento en el citado centro hospitalario y en el Hospital Universitario de Móstoles.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado en el registro del Servicio Regional de Salud (SERMAS) el día 20 de diciembre de 2016 dirigido a la Consejería de Sanidad, la interesada antes citada, asistida de abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de una intervención de cataratas por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos el día 21 de diciembre de 2015 y su posterior seguimiento en el citado centro hospitalario y en el Hospital Universitario de Móstoles (folios 1 a 15 del expediente administrativo).

La reclamante refiere en su escrito que fue diagnosticada el día 26 de noviembre de 2015 en el Hospital Rey Juan Carlos, de Móstoles, de una catarata de núcleo duro y fibrosis posterior leve por lo que fue intervenida el día 21 de diciembre de 2015 de su ojo derecho. Expone que antes de la intervención sintió mucho dolor en su ojo derecho, lo que hizo saber a los facultativos, que la sedaron. A pesar de ello, sintió dolor que, según afirma, *“se hizo muy agudo al término de la intervención”*.

Concluida la intervención, ya en la Sala de Reanimación se observaron restos de sangre en el lacrimal derecho y tuvo que volver a quirófano y *“sometida a anestesia general para explorar el ojo”*, apreciándose un sangrado activo intraocular.

La reclamante alega que se le pautó un tratamiento y que fue dada de alta el día 23 de diciembre de 2015, a pesar de que ella refirió a los facultativos que su ojo derecho seguía igual y que *“sentía hormigueos”*. Señala que tuvo que ser atendida en diversas ocasiones en los días siguientes por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles que apreció *“una presión intraocular elevada”*.

Considera que tanto el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles como el Servicio de Oftalmología del Hospital Rey Juan Carlos continuaron con el tratamiento farmacológico pautado, a pesar de que la presión intraocular del ojo derecho iba en aumento.

Refiere que, aunque el día 20 de enero de 2016 el facultativo que la atendió en el Hospital Rey Juan Carlos le entregó un documento de consentimiento informado para cirugía consistente en vitrectomía posterior que ella firmó, no fue intervenida a pesar de que un oftalmólogo particular le había diagnosticado el día 22 de enero de 2016 en el ojo derecho un cuadro de hipertensión intraocular

refractaria secundaria en el contexto de un hemovítreo con desprendimiento coroideo hemorrágico y había recomendado como tratamiento la colocación de una válvula de Ahmed, una eventual recolocación de la lente intraocular y la realización de una vitrectomía posterior central.

Considera que, a pesar de dicha recomendación, los facultativos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos continuaron durante los meses de febrero y marzo con el tratamiento farmacológico, pese a los niveles de presión intraocular que presentaba, por lo que abril de 2016 fue atendida en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, donde se le propuso la extracción de la lente intraocular y, *“si la presión seguía descontrolada, una posterior cirugía”*.

Refiere que, finalmente, el día 3 de mayo de 2016 fue intervenida en el Hospital Clínico San Carlos, donde le fue implantada una válvula Ahmed en su ojo derecho. Tras la operación dice que cesaron los dolores pero que había perdido la visión en su ojo derecho. Alega que la pérdida de la visión fue consecuencia del retraso en la intervención que tenía que haber sido realizada, como muy tarde, a finales del mes de enero, transcurrido un mes desde la primera intervención porque la existencia de niveles altos de tensión intraocular hasta el mes de mayo provocaron un daño irreversible en el nervio óptico.

Cuantifica el importe de su reclamación en 55.378,49 €, cantidad resultante de la aplicación del baremo para la indemnización de lesiones y secuelas del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, *“en su redacción vigente y aplicable al presente asunto”*.

En la valoración del daño tiene en cuenta una secuela de 13 puntos que calcula restando a los puntos que le corresponderían por su agudeza visual en el momento de la reclamación (22 puntos), los 15 puntos de secuela que ya tenía en el momento anterior a la

intervención, pues tenía una agudeza visual en su ojo derecho de 0,15, a lo que debe añadirse un trastorno tipo depresivo reactivo, por lo que ambas secuelas deben valorarse conjuntamente en 22 puntos. Considera también que sufre un perjuicio estético que, atendida a su edad -44 años- debe valorarse en 10 puntos y un perjuicio moral por la pérdida de calidad de vida que valora en 15.046,34 €. Además, incluye en su valoración el perjuicio familiar (1.948,46 €) y el tiempo en que estuvo impedida para sus ocupaciones habituales que calcula en 103 días, desde el 21 de enero hasta el 3 de mayo de 2016.

La reclamante aporta con su escrito copia de la escritura de poder general para pleitos otorgada por ella a favor del abogado firmante de la reclamación; diversos informes médicos; copia de los honorarios de habría tenido que satisfacer a la clínica privada que el día 22 de enero de 2016 le propuso la implantación de una válvula de Ahmed y vitrectomía posterior (7.800 €); copia del documento de consentimiento informado firmado por la reclamante el día 19 de enero de 2016 a una intervención de desprendimiento de retina (vitrectomía posterior); un informe pericial firmado por un especialista en Oftalmología en el que afirma que *“la actuación más razonable habría sido intervenir de nuevo a la paciente alrededor del mes de la complicación”* y que, aunque *“los riesgos eran muy grandes en ese momento”*, *“la evolución posterior en actitud de espera hizo que el nervio óptico se deteriorase del todo y la visión de la paciente sea nula”*; informe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 1 de junio de 2016; fotocopia del Libro de Familia y certificado de empadronamiento (folios 16 a 53).

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

La paciente, de 44 años, fue vista por primera vez en consulta de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos el día 26 de

noviembre de 2015. Refería como motivo de la consulta 2ª opinión (folio 237).

Como antecedentes oftalmológicos constan LASIK miópico en 2007 (-3.00), desprendimiento de retina quirúrgico de ojo derecho con vitrectomía *pars plana* (VPP) en 2009. Fotocoagulación en ojo izquierdo en 2009. Atrofia del nervio óptico en ojo derecho y catarata en ojo derecho desde hacía 1 año.

En la exploración la paciente presentaba una agudeza visual en el ojo derecho sin corrección de contar dedos a 1 metro y con corrección de -18,00 dpt de =0,05. La presión intraocular (PIO) era de 17 en el ojo derecho y 19 en el ojo izquierdo. En exploraciones especiales (Tomografía de Coherencia Óptica –OCT-) se mostró el ojo derecho alterado en los 4 cuadrantes y en relación con la mácula: *“ojo derecho parece atrófica y ojo izquierdo normal”*, por lo que fue diagnosticada de catarata de ojo derecho con alta miopización y atrofia del nervio óptico y macular del ojo derecho. Se indicó como tratamiento la posibilidad de cirugía. Consta en la historia clínica que el facultativo que la atendió explicó riesgos, *“adviento mal pronóstico visual”*, *“decide operarse”*. La paciente firmó el documento de consentimiento informado y fue incluida en lista de espera quirúrgica.

El día 10 de diciembre de 2015 fue valorada por el Servicio de Anestesia y declarada apta para la cirugía.

El día 21 de diciembre de 2015 ingresó en Cirugía Mayor Ambulatoria para la intervención quirúrgica. Consta en la historia clínica que, al comenzar la cirugía, al secar la piel para poner el paño quirúrgico la paciente se quejó de dolor ocular y que pidió sedación. Al finalizar la cirugía se quejaba de mucho dolor. *“PIO digital normal, y ojo tranquilo”*. Se avisó al anestesista que administró analgesia iv.

Consta en el informe de alta de Cirugía Mayor Ambulatoria (folio 204) que, *“tras analgesia y relajante administrado por anestesista, paso varias veces a ver a la paciente, estando todo normal pero la paciente muy agitada (no deja de hacer esfuerzos y moverse). En la última valoración en la REA previo a ser dada de alta, se evidencia lágrima con restos hemáticos. Se pasa de nuevo a la paciente al quirófano y bajo anestesia general se explora objetivándose sangrado en cámara anterior. Se realiza lavado, pero se objetiva sangrado activo. Se sutura incisión principal y paracentesis y dejo burbuja de aire en cámara anterior”*.

Al día siguiente, 22 de diciembre, fue revisada por el Servicio de Oftalmología. La PIO en ojo derecho era 10. El fondo de ojo (en ojo derecho) no mostraba fulgor, hemovítreo, *“se ven restos hemáticos, no veo detalles”*. Efectuada ecografía, se informa: *“hemovítreo; no se aprecia DR ni DC. Guardo imágenes”* e indicación de revisión al día siguiente.

El 23 de diciembre, fue vista nuevamente por el Servicio de Oftalmología. A la exploración la paciente presentaba hipema de 1 mm., restos hemáticos en zona inferior del saco capsular; tyndal 2+ hemático. Según refleja la historia clínica, *“fondo de ojo se comienzan a insinuar zonas de retina por la zona nasal, pero tiene un magna denso en la zona media temporal, ecográficamente no imagen de alteración retiniana. Está con hormigueos y con una PIO bajita se van retirando”*. Se suspendieron algunos de los medicamentos pautados.

Con fecha 26 de diciembre de 2015 la paciente fue vista por primera vez por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor ocular intenso. La paciente acudía a dicho centro porque en su hospital de referencia, donde había sido intervenida, no existía Oftalmólogo de guardia de presencia 24 horas. La PIO en ojo derecho era de 12 mmHg, por lo que se indicó mantener el tratamiento

pautado por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y revisión al día siguiente por el Servicio de Urgencias.

El día 28 de diciembre acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor intenso. La PIO era de 42 mmHg, por lo que se pautó manitol y, tras su administración, la PIO era de 26 mmHg, por lo que se indicó tratamiento farmacológico y que acudiera a su cita en el Hospital Rey Juan Carlos.

Al día siguiente, vista en la consulta de Oftalmología del Hospital Rey Juan Carlos, la paciente presentaba una PIO de 26, por lo que se dio nueva pauta en el tratamiento farmacológico y se indicó nueva revisión al día siguiente.

El 30 de diciembre de 2015, la PIO era de 26 y realizada ecografía se diagnosticó desprendimiento coroideo. Además del tratamiento pautado se indicó tratamiento analgésico y se indicó revisión para el día 4 de enero de 2016.

Con fecha 31 de diciembre de 2015, la reclamante acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles. La PIO, tomada con 2 tonómetros, era de 24 mmHg. Se mantuvo el tratamiento con indicación de nueva revisión para tomar PIO.

El día 2 de enero de 2016 (a las 11:53 horas) consta nueva asistencia por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor intenso del ojo derecho. La PIO era de 27 mmHg. Se pautó tratamiento e indicación de acudir a su cita programada en el Hospital Rey Juan Carlos.

Al día siguiente, 3 de enero (a las 03:39 horas), la paciente fue vista nuevamente por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles, al que acudió por dolor intenso del ojo derecho. La PIO era de 34 mmHg., tras la administración de tratamiento, realizada nueva toma después, la PIO era de 24 mmHg., por lo que se dio de alta a las 6 de la mañana con indicación de mantener el tratamiento y acudir a la cita programada en el Hospital Rey Juan Carlos.

A las 03:27 horas del día 4 de enero, la reclamante acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor intenso en ojo derecho. La PIO era de 27 mmHg. Tras la administración de tratamiento con manitol, la PIO había bajado y era de 13 mmHg.

Ese mismo día, 4 de enero de 2016 fue vista en consulta de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. La PIO era de 18 mmHg, por lo que se mantuvo el tratamiento pautado con adición de seguril.

El día 6 de enero de 2016, a las 01.17 horas, la paciente fue vista nuevamente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor en hemicara derecha refería que *“siempre le ocurre lo mismo a partir de las 22 horas”*. La PIO era de 25 mmHg por lo que se decidió administrar, ante la posibilidad de desprendimiento coroideo, 1 gr. de paracetamol iv. y dar de alta con indicación de revisión al día siguiente en su hospital de referencia.

La paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles el día 9 de enero de 2016. La PIO era de 40 mmHg que tras la administración de tratamiento se redujo a 28 mmHg. Se dio de alta con el mismo tratamiento e indicación de revisión en su hospital de referencia.



Con fecha 11 de enero de 2016, a las 16:25 fue atendida por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos donde fue remitida desde Oftalmología para efectuar un estudio por alteraciones analíticas (otras distintas a anemia, incluida anticoagulación). Posteriormente fue atendida en la consulta de Oftalmología. En la historia clínica se reflejó la PIO observada el día 9 de enero en el Hospital Universitario de Móstoles (40 mmHg.). Se realizó ecografía que mostró imagen de desprendimiento coroideo “*no kissing no desprendimiento de retina (mejor que previo)*.” La PIO era de 20 mmHg., por lo que se reajustó el tratamiento farmacológico y se pautó revisión los días 13 y 15 de enero.

Ese mismo día, 11 de enero de 2016, a las 23:48 horas, la paciente nuevamente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor intenso. La PIO era de 29 mmHg. Tras la administración de Nolotil iv. y otra medicación se indicó que acudiera al día siguiente a las 8 horas al Hospital Rey Juan Carlos “*para valorar toma de muestras e inicio de tratamiento intravítreo, dado su evolución y su dolor*”.

Al día siguiente, 12 de enero, fue vista nuevamente en el Servicio de Urgencias Oftalmológicas del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. La PIO del ojo derecho era de 20 mmHg. Al encontrarse estable, dentro de su patología se mantuvo el tratamiento y las revisiones pautadas.

En la revisión del día 13 de enero en la consulta de Oftalmología se realizó nueva ecografía (“*similar a la del día 11/01 incluso un pelín mejor*”). La PIO, según refleja el informe, era de “*24 perkins neumo 26*”. Se reajusta el tratamiento pautado en el que tiene en cuenta que el administrado por el Hospital Universitario de Móstoles, “*vamos a mantener por no romper el ciclo*” y se indicó nueva revisión para el día 15 de enero.

Con fecha 14 de enero de 2016 (a las 00:19 horas) la reclamante volvió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por mucho dolor en ojo derecho. La PIO era de 30 mmHg. Tras la administración de dexketoprofeno iv. se dio de alta con indicación de acudir a su hospital de referencia al día siguiente. Se refleja en el informe de alta: *“Mañana revisión en su oftalmólogo a las 8 am, para tomar alguna decisión definitiva; no puede ser que la paciente tenga que acudir noche tras noche a este centro con semejante dolor”*.

Nuevamente la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor a las 04:12 horas. La PIO era de 28 mmHg. Se administró tratamiento intravenoso con paracetamol y se indicó el mismo tratamiento *“considerando que a las 12:00 tiene cita en su hospital de referencia para nueva valoración”*.

El día 15 de enero de 2016 es vista en la consulta de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos para la revisión de retina y se mantuvo el tratamiento.

Con fecha 19 de enero de 2016 fue atendida nuevamente para revisión de retina en la consulta de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. La PIO era de 38 mmHg. En la ecografía se observó mejoría del desprendimiento coroideo, no desprendimiento de retina. Se hizo entrega a la paciente de un documento de consentimiento informado para vitrectomía posterior y fue citada en consulta para el día siguiente.

En la revisión del día 20 de enero de 2016 la PIO era de 19 mmHg. La ecografía mostraba *“franca mejoría de DC (desprendimiento coroideo). No DR (desprendimiento de retina)”*. Se reajustó el tratamiento farmacológico y se indicó revisión con el jefe del Servicio de Oftalmología para el día 25 de enero de 2016.

En la nueva revisión realizada el día 22 de enero de 2016 por Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, la PIO del ojo derecho era de 22-23 mmHg, reajustándose el tratamiento farmacológico.

Con fecha 25 de enero de 2016, la paciente fue vista por el jefe del Servicio de Oftalmología. La PIO era similar a la de la anterior revisión 22-23 mmHg.

El día 27 de enero de 2016 acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles por dolor en ojo derecho. La PIO era de 28 mmHg, por lo que se administró paracetamol y se mantuvo el mismo tratamiento, al tener en cuenta que la paciente estaba en seguimiento y citada para revisión en su hospital de referencia.

Con fecha 29 de enero nuevamente fue atendida en consulta de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. La PIO era de 21 mmHg. La paciente refería encontrarse mejor y con menos molestia. La ecografía mostraba desprendimiento coroideo muy aplanado. Se le indicó realizar una punción de cámara anterior (paracentesis de cámara anterior) para sacar muestra de acuosos para cultivo microbiológico, que aceptó y autorizó (consentimiento informado de 19 de enero de 2016 para vitrectomía posterior en el que se informaba que se utilizaba este procedimiento para eliminar hemorragias de diferentes localizaciones intraoculares).

En la revisión del día 1 de febrero en la consulta de Oftalmología del Hospital Rey Juan Carlos la PIO era de 22-23 mmHg., y en la ecografía realizada el desprendimiento coroideo se observa *“plano en zona inferior y nasal”*. Se ajustó nuevamente el tratamiento farmacológico.

En la nueva revisión del día 4 de febrero la PIO era de 30 mmHg. La ecografía mostraba el desprendimiento coroideo plano en zona inferior y nasal. Reajustado el tratamiento, se indicó nueva cita el día 8 de febrero con el jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

El 8 de febrero, en la revisión pautada, la PIO del ojo derecho era de 21 mmHg y tenía percepción luminosa. Se informó que el cultivo de cámara anterior era negativo. Se decidió mantener el tratamiento y *“en cuanto empiece a bajar la PIO ir modificando el tratamiento”*.

En la revisión pautada por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos el día 12 de febrero se reajustó el tratamiento.

El día 17 de febrero, en la siguiente revisión indicada, la PIO era de 20 mmHg. Se anota que el ojo derecho tiene percepción y proyección luminosa. Ya se podía observar el fondo de ojo, aunque con cierta dificultad por la turbidez vítrea.

Según refleja el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos del día 24 de febrero, la paciente *“mantiene dolor, aunque se encuentra mucho mejor”*. La PIO era de 21 mmHg por lo que se decidió mantener el mismo tratamiento.

En la revisión del día 2 de marzo de 2016, la PIO era de 21 mmHg., en el fondo de ojo se observaba retina aplicada y había desaparecido totalmente el coroideo. El fondo de ojo se veía con leve turbidez. Se reajustó el tratamiento por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Constan nuevas revisiones los días 8, 16 y 23 de marzo. En este último día tenía una PIO de 32 mmHg., por lo que se reajustó

nuevamente el tratamiento y se dio cita con Hematología y con Glaucoma.

El día 18 de marzo de 2016 fue atendida por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles que, ante el relato en sus antecedentes de existencia de un sangrado intraocular severo y no explicado tras cirugía de catarata, derivó a la paciente al Servicio de Hematología para descartar trastorno de coagulación.

Con fecha 22 de marzo de 2016 fue vista por el Servicio de Hematología. Según refleja la historia clínica (folio 167), la paciente se encontraba *“pendiente de reintervención (vitrectomía +/- trabeculectomía)”*.

El día 23 de marzo de 2016 fue atendida nuevamente en el Servicio de Urgencias. La PIO era de 36 mmHg. Como plan se indicaba mantener el tratamiento pautado y *“se le explica a la paciente las opciones quirúrgicas propuestas”*.

La paciente fue atendida por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles el día 28 de marzo de 2016. Según refleja el informe que figura en la historia clínica (folio 168), *«durante 1 hora en consulta se comenta a la paciente, su problema, ojo “especial” tendencia a la expulsiva, los cirujanos de retina y glaucoma se le propone vitrectomía + AG, la paciente prefiere esperar a 12 de abril para resultado de analítica y preoperatorio. Se mantiene tratamiento»*.

El día 29 de marzo de 2016 acudió a consulta de Hematología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por alteración de la coagulación, al seguir con sangre en cámara anterior.

Con fecha 31 de marzo, acudió a revisión en la consulta de Oftalmología. La PIO era de 20-19 mmHg. Se explicó la posibilidad de

ciclodiodo en el ojo derecho si persistía dolor con PIO mayor, explicándose los riesgos y beneficios e informando de *“ausencia de mejoría visual”*.

El día 1 de abril de 2016, según el informe de la consulta de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles, la PIO era de 36 mmHg. El informe indicaba que *“simultáneamente se está realizando por parte de otros servicios de este centro estudio de factores de riesgo sistémicos que pudieran haber tenido relación con su hemorragia expulsiva inicial y/o que por su causa pudieran aumentar el riesgo de la misma en la intervención que nuestro servicio le propone, riesgo que aquí le explicamos exhaustivamente”*.

Con fecha 4 de abril de 2016 fue atendida en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. En los antecedentes del informe del Servicio de Oftalmología emitido se refleja la cirugía por desprendimiento de retina en el año 2009, quedando desde entonces con baja visión y que fue advertida que la cirugía de catarata tenía un pobre pronóstico. La PIO era de 27 mmHg. Fue diagnosticada de un síndrome UHG (uveítis-hipema-glaucoma). *“Creemos que como primera opción podría realizarse inicialmente la extracción de la LIO para intentar controlar el sangrado. Si con ello no se contrala la PIO, no vemos inconveniente en realizar cirugía de glaucoma (trabeculectomía perforante, implante valvular o ciclo fotocoagulación con diodo) dado que el glaucoma parece más hemorrágico que inflamatorio. Creemos que un express se cerraría con facilidad, y que una trabeculectomía no perforante no tendría utilidad dado el poco angulo funcionante”*.

El resultado del estudio de factores de riesgo sistémicos fue conocido por la reclamante el día 11 de abril de 2016. En el mismo no se detectaban alteraciones en relación con diátesis hemorrágica, con plaquetas en número normal. *“En la dosificación factorial se observan*

*factor VIII y factor von Willebrand elevados lo que se confirmarse en una segunda determinación supondría un factor de riesgo trombótico”.*

El 14 de abril de 2016 la paciente solicitó a la Consulta de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles ser derivada al Hospital 12 de Octubre. La PIO era de 17 y 14.

Consta, igualmente, haber sido atendida por el Servicio de Psiquiatría el día 14 de abril de 2016 donde refirió *“sentimientos de abandono por parte de los médicos al no entender el nivel de dolor sufrido por la paciente y ciertas situaciones de posible negligencia. Refiere persistencia de clínica dolorosa, tensión ocular alta y múltiples visitas al Servicio de Urgencias que como resultado final ha sido la pérdida del ojo por completo (...)”* y fue diagnosticada de trastorno adaptativo mixto, por lo que fue derivada a Psicología.

El día 22 de abril de 2016 fue atendida por el Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos donde fue diagnosticada de glaucoma secundario a cirugía indicándose como tratamiento implante valvular en el ojo derecho. La paciente firmó ese mismo día el documento de consentimiento informado para implantación de válvulas en el tratamiento de glaucoma.

Con fecha 27 de abril de 2016, consta en la historia clínica de la paciente que fue vista por Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles (folio 173) que indicaba que la paciente presentaba agudeza visual de *“cuenta desde a 1 metro”* y presentaba una PIO en el ojo derecho de 29. El informe refleja que *“está pendiente de cirugía en el Hospital Clínico San Carlos el próximo martes”*.

La intervención se realizó el día 3 de mayo de 2016 y ha sido revisada con posterioridad con buen control de PIO.

Consta en la historia clínica que después de la intervención ha sido vista también en consulta de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

**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).

Consta en el expediente la personación en el procedimiento del Hospital Universitario Rey Juan Carlos como centro concertado que ha prestado asistencia sanitaria a la reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe de Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles de 9 de junio de 2017 (folios 146 a 148) que refiere, en relación con la atención sanitaria prestada a la paciente, que el Servicio de Oftalmología *“ha atendido a la paciente siempre que lo ha necesitado, y que las actuaciones realizadas han sido las indicadas en cada momento”* y añade que *“dicha paciente no ha llegado nunca a poner en nuestras manos el control definitivo y la toma de decisiones clínicas que pudieran haber mejorado su salud ocular, pues durante el primer mes fuimos solo centro de apoyo y posteriormente decidió intervenir en otro hospital”*.

Por su parte, el informe del jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 18 de junio de 2017 (folios 189 a 192) relata las distintas asistencias sanitarias y concluye que la actuación quirúrgica ha sido adecuada y el seguimiento y tratamiento también, reabsorbiéndose la hemorragia de forma adecuada y evitando que con actuaciones quirúrgicas aceleradas se hubiese podido generar mayores complicaciones.



Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, con fecha 19 de marzo de 2018, se remite éste (folios 386 a 391). El médico inspector concluye que la asistencia prestada por los Servicios de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles y por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos *“se ajustó en todo momento a la práctica médica recomendada”*.

Notificado el trámite de audiencia a todos los interesados en el procedimiento, con fecha 22 de mayo de 2018 ha formulado alegaciones el representante del centro concertado en las que considera que la actuación del citado centro sanitario fue conforme a la *“lex artis”*.

Por su parte, la interesada presentó alegaciones el día 5 de junio de 2018 en las que rebatía los informes médicos aportados y daba por acreditada la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración (folios 403 a 410).

Con fecha 12 de noviembre de 2018 se dictó propuesta de resolución, en la que se acordaba desestimar la reclamación presentada al no haberse demostrado mala praxis ni nexo causal entre la actuación facultativa y el daño reclamado (folios 411 a 415).

Solicitado dictamen a esta Comisión Jurídica Asesora, con fecha 10 de enero de 2019 se emitió este que concluyó que procedía la retroacción del procedimiento para que el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos se pronunciara sobre la falta de realización de la intervención de vítrectomía posterior, así como por la prolongación del tratamiento conservador a pesar de la tensión ocular tan alta que tenía la paciente (folios 417 a 436).

Con fecha 2 de julio de 2019 el jefe de Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos emite nuevo informe en el

que amplía el anterior y aclara que *“el consentimiento que firmó la paciente el día 19 de enero de 2016 fue para la toma de muestra intraocular que, finalmente se realizó solo de la parte anterior mediante una paracentesis en cámara anterior que se le realizó el 29 de enero de 2016”* y precisa, en relación a la tensión intraocular que, *“según se desprende de la historia clínica de la paciente, en las múltiples revisiones que tuvo en los meses de enero y febrero y parte de marzo, la tensión intraocular se mantuvo estable alrededor de 22/23 mmHg, además de observarse en dichas revisiones una evolución favorable del desprendimiento coroideo, por lo que no ameritaba intervención urgente”*.

Dado traslado a la Inspección Sanitaria del nuevo informe emitido el día 2 de julio de 2019, con fecha 12 de julio de 2019 el médico inspector declara que *“no se modifican las conclusiones del informe de la Inspección previos”*.

Notificado nuevo trámite de audiencia a la reclamante y al centro concertado, con fecha 31 de julio de 2019 la interesada presenta alegaciones y solicita que se dicte resolución por la que se estime la reclamación.

El día 5 de agosto de 2019 presenta escrito de alegaciones el Hospital Universitario Rey Juan Carlos en las que se opone a la reclamación y considera que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue ajustada a la *lex artis*.

Con fecha 7 de noviembre de 2019 se dicta nueva propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no se ha acreditado la existencia de mala praxis ni nexo causal entre la actuación de los médicos y el daño reclamado.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 18 de noviembre de 2019 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 523/19, 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 diciembre de 2019.

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 superior a quince mil euros y 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 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC según establece su artículo 1.1.

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

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial, como es el Hospital Universitario de Móstoles y por un centro concertado con la Comunidad de Madrid, en el caso del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se manifestó el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (valgan por todos los dictámenes 211/12, de 11 de abril y el más reciente 13/15, de 21 de enero) y ha sido reiterado por esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª).

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.2 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración

prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, en que se reclama por las complicaciones surgidas tras la intervención de cirugía de catarata el día 21 de diciembre de 2015, efectuada la intervención de glaucoma el día 3 de mayo de 2016, no existe duda alguna que la reclamación presentada el día 20 de diciembre de 2016 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, a los Servicios de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y Hospital Universitario de Móstoles. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Considerándose que el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos no se pronunciaba sobre todas las cuestiones planteadas, esta Comisión Jurídica Asesora estimó necesaria la retroacción del procedimiento para que se ampliara el informe del servicio causante del daño. Emitido este, se ha dado traslado a la Inspección Sanitaria, concedido nuevo trámite de audiencia a todos los interesados y dictado nueva propuesta de resolución.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, 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. Regulación que, en términos generales, coincide con la contenida 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 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 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 19 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.-** Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que la reclamante, tras ser operada en el Hospital Rey Juan Carlos de catarata en el ojo derecho sufrió una



hemorragia en cámara anterior que se tradujo posteriormente en un desprendimiento coroideo y en un incremento de la PIO (glaucoma).

La reclamante alega que como consecuencia de la deficiente actuación médica ha perdido la visión de su ojo derecho, si bien no reclama por esa pérdida total porque la visión en el ojo derecho antes de la operación de cataratas no era perfecta y tenía una agudeza visual de 0.15. Este último dato, sin embargo, no resulta acreditado en el expediente porque esta cifra de agudeza visual está referida al año 2009, tras la cirugía de desprendimiento de retina, sin que se conozca con exactitud la agudeza visual de la reclamante antes de la operación de catarata sin que pueda reclamarse porque *“las previsiones de recuperación eran desde visión de 0,15”*. Debe tenerse en cuenta que la reclamante a la fecha de la firma del documento de consentimiento informado para la intervención de catarata fue informada del mal pronóstico visual, y que ya presentaba atrofia del nervio óptico y macular del ojo derecho.

En el documento de consentimiento informado para la operación de catarata firmado por la interesada el día 26 de noviembre de 2015 se advertía que las complicaciones intra y postoperatorias que podían aparecer podían ser graves (infección intraocular y la hemorragia expulsiva que podían conducir a la pérdida del globo ocular) y otras tales como desprendimiento de retina, glaucoma o subida de tensión del ojo.

La reclamante sostiene que, si bien inicialmente las complicaciones surgidas fueron tratadas adecuadamente, transcurrido un mes desde la intervención y ante la persistencia de los síntomas tenía que haber sido operada para así mantener calidad de visión en el ojo y que la demora en la intervención continuando con un tratamiento conservador *“supone apartamiento de la lex artis, pues la demora a partir de ese momento hace que el deterioro del nervio óptico*

*pueda llegar a ser total*". Aporta como prueba de su afirmación un informe pericial de un especialista en Oftalmología y el presupuesto dado el 27 de enero de 2016 por una clínica oftalmológica privada para una intervención de válvula de Ahmed y vitrectomía posterior.

En relación con este último documento, carece de valor probatorio pues no figura en él ninguna firma ni identificación del especialista que fuera a realizar la intervención propuesta. Debe advertirse además que, pese a lo afirmado en su escrito de que aporta un informe emitido por especialista sobre la asistencia recibida el día 22 de enero de 2016 en una clínica privada, no figura en el expediente.

Por lo que se refiere al informe pericial de parte, indica que *"la actuación más razonable habría sido intervenir de nuevo a la paciente alrededor del mes de la complicación"* y que, aunque *"efectivamente los riesgos eran muy grandes en ese momento"*, *"la evolución posterior en actitud de espera hizo que el nervio óptico se deteriorase del todo y la visión de la paciente sea nula"*.

La interesada reclama por su actuación, tanto al Hospital Universitario de Móstoles como al Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

En relación con la actuación del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles, del propio informe pericial aportado por la reclamante resulta acreditado que su actuación fue correcta y ajustada a la *lex artis*, pues así resulta de la afirmación hecha por el perito que dice que *"el manejo por los oftalmólogos de la complicación durante el primer mes ha sido la correcta"*. En este sentido, no es posible obviar que las fechas en las que la reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles fueron, con excepción del 27 de enero, dentro del primer mes siguiente a la intervención. Posteriormente, cuando fue atendida en marzo de

2016 en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles y le propusieron las opciones quirúrgicas que se estimaron pertinentes, fue la propia reclamante la que manifestó que prefería *“esperar al 12 de abril para resultado de analítica y preoperatorio.”*

Como pone de manifiesto el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles, *“la paciente no ha llegado nunca a poner en nuestras manos el control definitivo y la toma de decisiones clínicas que pudieran haber mejorado su salud ocular, pues durante el primer mes fuimos solo centro de apoyo y posteriormente decidió intervenir en otro hospital”*.

Sobre la asistencia prestada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos con posterioridad al mes siguiente a la intervención, no es posible afirmar que haya habido mala praxis. En este sentido, el informe del jefe de Servicio de Oftalmología pone de manifiesto que solo cuando se reabsorbió el desprendimiento coroideo se planteó la actitud quirúrgica, al tratarse de una paciente *“con propensión al sangrado y podría haber generado una mayor complicación sobreañadida de resangrado”*.

Situación de riesgo que también pone de manifiesto el propio informe pericial aportado por la reclamante que en el que se afirma que *“en estos casos cuanto antes intervengas, más complicaciones intraoperatorias podrás tener”*.

Con esta afirmación no es posible considerar que el retraso en el tratamiento quirúrgico por haber optado por una actitud conservadora por parte del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos constituya un supuesto de mala praxis, especialmente si tenemos en cuenta el informe de la Inspección Sanitaria que señala que era necesario solucionar primero la fase inicial de hemovítreo y desprendimiento coroideo y, posteriormente, tratar el incremento de

PIO, para lo cual la bibliografía indica tres tipos de tratamiento, el farmacológico hasta donde sea posible, si no se consigue un éxito en el tratamiento se recurre a un tratamiento láser (trabeculoplastia o ciclodiodo) y, finalmente, la cirugía mediante la colocación de dispositivos llamados válvulas.

Hay que tener en cuenta, además, que ante la situación delicada que presentaba la paciente las soluciones propuestas por cada uno de los servicios de Oftalmología de los distintos hospitales que han tratado a la paciente fueron diferentes. En este sentido, el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz propuso como primera opción *“inicialmente la extracción de la LIO para intentar controlar el sangrado”* y solo después, como último recurso, la cirugía de glaucoma al señalar *“si con ello no se contrala la PIO, no vemos inconveniente en realizar cirugía de glaucoma”*.

En el presente caso, una vez superado el desprendimiento corioideo se le propuso a la reclamante como tratamiento de control de la PIO el ciclodiodo, pero ella finalmente, tras recabar opiniones de distintos servicios hospitalarios (Hospital Universitario de Móstoles, Fundación Jiménez Díaz, Hospital Clínico San Carlos), y a la vez que se le realizaban estudios hematológicos sobre coagulación en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos y en el Hospital Universitario de Móstoles, cuyos resultados se obtuvieron a mediados de abril, decidió ser operada mediante la colocación de una válvula.

No puede argumentarse, como alega la reclamante, que hubo mala praxis porque el día 19 de enero de 2016 firmó un documento de consentimiento informado para la realización de vitrectomía posterior que le fue entregado por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y que finalmente no se realizó, porque como señala el informe del jefe del Servicio de Oftalmología de 2 de julio de 2019, para poder analizar el líquido intraocular (prueba

realizada el día 29 de enero de 2016) había que hacer un procedimiento invasivo y por ello se le explicó a la paciente la finalidad y naturaleza de la intervención para la toma de muestra intraocular que, si es de la parte posterior del ojo se realiza mediante vitrectomía y si es de la parte anterior se efectúa mediante paracentesis, que fue lo que finalmente se le realizó.

Además, esta intervención no coincide con la finalmente realizada por el Hospital Clínico San Carlos (cirugía de glaucoma), consistente en la colocación de una válvula para drenar el líquido existente en el interior del ojo y disminuir así la presión ocular.

Por tanto, la actuación del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos no resulta contraria a la *lex artis*, como pone de manifiesto el informe de la Inspección Sanitaria que concluye que se ajustó en todo momento a la práctica médica recomendada.

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 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

*“...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 presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

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 diciembre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 533/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid