

Dictamen nº: **269/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **09.06.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de junio de 2021, 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. .... (en adelante, “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en el Centro de Especialidades de Aguacate (en adelante “*centro de especialidades*”), por error en el diagnóstico de una degeneración macular.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 25 de noviembre de 2019 en el registro de entrada de la Consejería de Sanidad.

El reclamante refiere que fue paciente del centro de especialidades donde, al percibir dificultades de visión en el ojo izquierdo, la oftalmóloga le diagnosticó cataratas de lenta evolución, sin fijar más revisiones al dar por hecho que tenía que seguir su desarrollo. Explica



que, sin embargo, posteriormente, otros médicos han constatado que no se trataba de cataratas, sino de degeneración macular en el ojo izquierdo, por lo que considera que la pérdida casi total de visión en ese ojo, se produjo como consecuencia de error en el diagnóstico.

Indica que, a consecuencia del cambio de diagnóstico, le revisaron la visión del ojo derecho en el Hospital de Móstoles, estando pendiente de revisión en el momento de presentar el escrito de reclamación, para decidir si cabe tratamiento a la vista de las pruebas realizadas hasta ese momento.

Continúa señalando que el error en el diagnóstico generó la tardanza en la aplicación del tratamiento restaurador en ambos ojos lo que ha supuesto la pérdida casi total de visión en el ojo izquierdo, considerando que probablemente sufrirá los mismos en el ojo derecho.

Refiere que es una persona recientemente enviudada y que vive solo, por lo que la pérdida de visión generará una alteración en sus condiciones de vida, puesto que en breve precisará de asistencia vital para llevar a cabo sus actividades habituales.

Reitera que todo ello se hubiera podido evitar o mitigar con un régimen de revisiones acorde a un diagnóstico correcto.

Solicita como medio de prueba la aportación del historial médico completo, y que se requiera y aporte informe médico al Servicio de Oftalmología del Hospital de Móstoles a fin de verificar la certeza del diagnóstico actualizado y tratamiento.

Cuantifica el importe de la indemnización que solicita en la cifra de 300.000 euros, advirtiendo de su incremento en función de la alteración que suponga “esta posible doble ceguera” en su vida habitual, una vez declarada el alta médica.



Aporta con su escrito diversa documentación médica; un escrito de reclamación dirigido a la Dirección General de Atención al Paciente, presentado el día 28 de septiembre de 2017, en el que tras criticar la asistencia prestada por la oftalmóloga del centro de especialidades, solicita *“un correctivo serio para que no suceda a más personas por imprudencia, o lo que usted crea conveniente”*; y dos escritos de contestación del Servicio de Atención al Paciente del centro de especialidades, de fechas 4 de octubre y 8 de noviembre de 2017.

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

El reclamante, de 75 años de edad en el momento de los hechos, con diagnóstico de diabetes mellitus no insulino dependiente desde 2006, en seguimiento, para prevención de retinopatía diabética (RD), diagnosticado en el centro de especialidades, de cataratas de evolución el 4 de diciembre de 2012, acude a dicho centro el día 31 de mayo de 2016, constando la siguiente exploración:

Autorefractómetro:

-OD- 17.75 esférico- 0.50 cilindro a 21°

-OI +2 esférico- 2 cilindro a 104°

Agudeza visual con su corrección:

-OD 0.1 difícil, mejorando a 0.17 con estenopéico.

-OI: 0.7, sin mejora con estenopéico.

Presión intraocular: 16 mmHg en ambos ojos.



Biomicroscopia: cataratas grado NO3 en OD y NO2 en ojo izquierdo.

Fondo de ojo: pupilas con buen anillo neuroretiniano, cociente excavación/papila de 0.5 en ambos ojos, cono miópico, degeneración macular incipiente en ambos ojos, no signos de retinopatía diabética.

Revisión en año y medio.

El día 7 de septiembre de 2017 acude una revisión al centro de especialidades. Manifiesta pérdida de visión por ojo izquierdo desde marzo.

En la exploración consta:

- Agudeza visual (AV) de ojo derecho (OD) 0.2 NM/MM [previa hace 1 año 0,7 en ojo izquierdo (OI)].

- Biomicroscopía óptica: Córnea clara y transparente, cámara anterior de profundidad normal, no Tyndall, cataratas grado NO2 en ambos ojos.

- Fondo de ojo: OD con retina aplicada, retinocoroidosis miópica, cono miópico y atrofia peripapilar. En OI degeneración macular asociada a la edad (DMAE) avanzada (disciforme).

Figura como diagnóstico principal la DMAE OI, y como otros diagnósticos, ambliopía OD.

Consta la derivación con carácter preferente al Hospital Universitario 12 de Octubre (HUDO) para valoración por Sección de Retina. En la solicitud de pruebas a Oftalmología la facultativa hace constar que explica mal pronóstico.



El 25 de septiembre de 2017 acude al Servicio de Oftalmología del HUDO, haciéndose constar en el evolutivo que el paciente había acudido, adelantando la cita, el 7 de septiembre de 2017 al centro de especialidades por pérdida acusada de agudeza visual desde marzo de 2017, siendo diagnosticado de DMAE exudativa OI.

Tras la correspondiente exploración, el juicio clínico es de DMAE exudativa, estadio disciforme OI. OD ambliope. *“Dada agudeza visual y aspecto tomográfico no es susceptible de tratamiento ANTIVEFG, mando antioxidantes y control del OD. Explico al paciente y familiar y lo entienden”.*

En la historia clínica del reclamante del HUDO figuran revisiones ulteriores de fechas 1 de diciembre de 2017, 30 de enero, 25 de junio y 10 de diciembre de 2018, en las que se mantiene tratamiento con antioxidantes. En las dos últimas revisiones se diagnostica DMAE atrófica OD, con indicación de revisión a los seis meses.

El 12 de marzo de 2019, el reclamante acude a Consultas Externas del Hospital Universitario de Móstoles.

En la exploración del fondo de ojo izquierdo consta DMAE, y en la del ojo derecho figura atrofia coriorretiniana, lesión macular de aspecto parduzco. Figura a su vez la programación de tres avastines en el ojo derecho.

En la notificación de citas del Hospital Universitario de Móstoles al reclamante, cada una de las tres inyecciones intraoculares se programan para los días 12 de septiembre, 17 de octubre y 9 de enero de 2019.

En la citación del HUDO para consulta sucesiva de Oftalmología fijada el día 9 de octubre de 2019 aparece manuscrito *“no presentado*



*por estar tratándome en el Hospital de Móstoles. Lo sabían en Atención al Paciente”.*

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

Por medio de oficio de 3 de diciembre de 2019, de la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial, se admite a trámite la reclamación y se requiere al interesado para que en el plazo de diez días manifieste los hechos, razones y petición en que se concreta con toda claridad la solicitud, especificando las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio público, así como los centros sanitarios objeto de reproche en cada caso.

En contestación al citado requerimiento, el reclamante presenta un escrito en el que, de forma resumida, reitera los hechos y expone que, tal y como demuestran los documentos aportados, debido a una *mala praxis* médica o error cuando desde 2011 se le diagnostica cataratas, ha perdido en poco tiempo casi en su totalidad la visión.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante del HUDO y del Hospital Universitario de Móstoles.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe del Servicio de Oftalmología del HUDO.

El informe, tras detallar la asistencia sanitaria dispensada, precisa que, teniendo en cuenta la información recogida en la historia, el paciente padecía de ambliopía en ojo derecho, y cataratas en ambos ojos, sin alteraciones secundarias a la diabetes mellitus.



Destaca que en mayo de 2016 se observan alteraciones retinianas sugestivas de degeneración macular seca incipiente en ambos ojos, y que un año más tarde, en marzo de 2017, empieza a notar disminución de visión en ojo izquierdo, pero no acude a Oftalmología hasta septiembre de 2017, momento en el que la degeneración macular de ojo izquierdo estaba muy avanzada y no era posible ningún tratamiento,

Explica que en un paciente con degeneración macular atrófica incipiente, que era la situación en mayo de 2016, es imposible prever si va a evolucionar hacia una degeneración macular exudativa o no. Añade que, de hecho, hasta el momento de emitir el informe, el ojo derecho sigue sin presentar signos de degeneración macular exudativa. Finaliza afirmando que la actitud habitual es recomendar revisión en caso de síntomas de alarma (visión distorsionada o con manchas densas en zona central) para ajustar las revisiones a la evolución clínica y evitar citas innecesarias.

El informe de la Inspección Sanitaria, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos, efectúa una serie de consideraciones médicas y señala que puede concluirse que la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Oftalmología del HUDO en 2016 y siguientes fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Evacuado el oportuno trámite de audiencia al reclamante, consta la presentación de diversa documentación administrativa del Hospital Universitario de Móstoles consistente en notas de citas, protocolo de administración de ANTIVEGFS, y documento de consentimiento informado para inyección de fármacos antiangiogénicos y corticoides intraoculares sin firmar.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de 29 de abril de 2021 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos



necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 10 de mayo de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de junio de 2021.

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

A la vista de estos 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, 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 (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.



El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y, por tanto, para reclamar los daños que según afirma, le produjo la asistencia sanitaria recibida.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, aunque el interesado centre su escrito en la crítica a la revisión efectuada el día 7 de septiembre de 2017, la asistencia prestada por el centro de especialidades y la Sección de Retina del HUDO finalizan –por decisión del reclamante– el día 10 de diciembre de 2018. Por otro lado, es el día 12 de marzo de 2019 cuando en el Hospital Universitario de Móstoles se pauta el tratamiento de inyecciones intraoculares, que el interesado entiende debió verificarse antes. Desde ambas perspectivas, la reclamación presentada el día 25 de noviembre de 2019 puede considerarse formulada dentro del plazo legalmente establecido.

Se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 de la LPAC y también consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.



Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante y, por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

No obstante, la propuesta de resolución estima que no ha resultado acreditada la relación de causalidad ni la antijuridicidad del daño, pero no se puede decir que el instructor haya practicado todas las pruebas tendentes a la averiguación de los hechos, ya que no se ha practicado la prueba que propuso el reclamante, consistente en la emisión de informe médico por parte del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Móstoles a fin de verificar la certeza del diagnóstico actualizado y tratamiento prescrito.

La práctica de pruebas se admite en el procedimiento administrativo, precisamente cuando la Administración no tenga por ciertos los hechos alegados por los interesados o la naturaleza del procedimiento lo exija, conforme el artículo 77.2 de la PAC.

La Administración, por tanto, debe desplegar en la instrucción la actividad necesaria para una correcta resolución del asunto, en aras de servir con objetividad los intereses generales, con sometimiento pleno a la ley y al derecho como señala el artículo 103 de la Constitución Española, ya que el procedimiento administrativo se configura como el cauce formal al que la Administración debe ajustar su actuación, precisamente en garantía del ciudadano.

A este respecto cabe decir que dicha prueba no se ha practicado ni se ha dictado resolución motivada al efecto, como ordena el artículo 77.3 de la LPAC, conforme al cual el instructor del procedimiento sólo podrá rechazar las pruebas propuestas por los interesados cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias, mediante resolución motivada.



No obstante, esta irregular forma de proceder, no consideramos que deba en este caso retrotraerse el procedimiento para la práctica de la prueba propuesta, toda vez que, como después analizaremos, el informe de la Inspección explica las opciones de tratamiento disponibles para la patología sufrida por el reclamante y tras su análisis, considera correcta la actuación del HUDO en este aspecto.

**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.

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 conforme a lo establecido en el art. 139 LRJ-PAC:

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.-** Como hemos señalado anteriormente, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, 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.

Sin embargo, en este caso, el reclamante no aporta prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis en la asistencia prestada en el HUDO. Frente a esta ausencia probatoria, tanto el informe del servicio implicado, como el informe de la Inspección coinciden en señalar que la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*.

Sentado lo anterior, procede analizar el concreto reproche formulado por el interesado, que considera que hubo un error por parte del centro de especialidades y del HUDO en cuanto al diagnóstico efectuado, de cataratas de lenta evolución, teniendo en cuenta que, posteriormente, otros médicos constataron que no se trataba de cataratas sino de degeneración macular en el ojo izquierdo, por lo que considera que la pérdida casi total de visión en ese ojo, se produjo como consecuencia del citado error.



Frente a dicha consideración, procede precisar que el centro de especialidades, sin perjuicio del diagnóstico de cataratas en evolución efectuado en 2012, en la revisión de fecha 29 de mayo de 2015 ya hizo constar una DMAE incipiente, así como en la revisión de 31 de mayo de 2016 (degeneración macular incipiente en ambos ojos), y en la de 7 y 25 de septiembre de 2017 en cuyo informe consta anotado DMAE exudativa estadio disciforme, no susceptible de tratamiento con antiangiogénicos.

Por tanto, no puede considerarse la existencia de un error de diagnóstico por parte del HUDO, sin perjuicio de que en dicho centro considerasen que la patología del reclamante no era susceptible de tratamiento y, sin embargo, en el Hospital Universitario de Móstoles entendieran adecuado, por razones que no constan en el expediente, llevarlo a cabo y, en cualquier caso, en el ojo derecho.

Sobre este aspecto, el inspector, tras ofrecer distintos datos acerca del tratamiento, indica que los resultados funcionales son bastante satisfactorios cuando se detecta la neovascularización en una fase precoz e insiste en que los signos de aparición de neovasos requieren un tratamiento rápido (disminución de la agudeza visual y metamorfopsias).

Afirma que en el tratamiento de la DMAE húmeda, el ranibizumab, el bevacizumab y el aflibercept han revolucionado el pronóstico de los pacientes, y que por primera vez es posible tratar a los pacientes con la esperanza de mejorar su visión. Añade que, sin embargo, no todos mejoran, y un 10% pierden en 2 años, como han demostrado los ensayos en fase III sobre ranibizumab, y los estudios a largo plazo sugieren que la ganancia de agudeza visual no se mantiene a partir de 5-7 años. La pérdida de visión a largo plazo puede deberse en parte a infratratamiento, pero posiblemente refleje más la evolución mantenida del proceso neurodegenerativo de base.



Considera que se deben combatir indicaciones imprecisas y tratamientos de complacencia en un sistema de recursos finitos, considerando el beneficio visual, pero también ponderando la carga psicológica que tiene para los pacientes. Y añade que, aunque la prioridad del oftalmólogo es la lucha contra la ceguera, hay que evitar la obstinación terapéutica, dejando claros los criterios sobre cuándo es adecuado suspender los tratamientos y, lo que es fundamental, dar soporte legal a estas decisiones.

En el análisis concreto de la asistencia prestada al reclamante, destaca que, en la revisión de 2016, se prescribe la siguiente a los 18 meses y no a los dos años conforme a protocolo, y que a pesar de que el paciente manifiesta una pérdida de visión desde marzo de 2017 -por lo que solicita un adelanto de su cita con Oftalmología-, no hay constancia en la historia de Atención Primaria de consulta por esta pérdida de visión. Indica, además, que las tres inyecciones intraoculares en el OD no lograron ningún resultado.

De acuerdo con lo expuesto, concluye que no puede evidenciar datos objetivos que indiquen que la asistencia sanitaria prestada a la interesada en el HUDO haya sido incorrecta o inadecuada, considerando que la asistencia prestada en su proceso clínico y en el seguimiento del mismo, ha sido acorde a *lex artis*.

Efectúa además las siguientes consideraciones:

- El paciente fue revisado de acuerdo a protocolo de su patología ocular a lo largo de los años.
- Cuando fue diagnosticado de DMAE seca incipiente, se pautaron revisiones de acuerdo a protocolo, sin poder prever la evolución rápida hacia una DMAE disciforme.



- Respecto de la pérdida de visión que manifiesta el paciente – desde marzo de 2017- no hay constancia de que fuera consultada con su médico de Atención Primaria, a pesar de haber sido atendido por otros motivos en varias ocasiones.

- Cuando el paciente solicita adelanto de la cita fue atendido e informado del pronóstico de su patología, sin posible tratamiento.

Conclusión a la que hemos de atenernos teniendo en cuenta el valor fundamental del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de octubre de 2019 (recurso 798/29017), precisando que, sin ser propiamente una prueba pericial, el informe de la Inspección Sanitaria constituye un relevante elemento de juicio para resolver las cuestiones litigiosas, cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes, siempre que sus consideraciones y conclusiones estén motivadas y sean objetivas y coherentes, como es el caso.

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

### **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haber acreditado la existencia de mala praxis 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 9 de junio de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 269/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid