

Dictamen n.º: **51/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.02.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 8 de febrero de 2024, emitido ante la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Dña., sobre reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que imputa a la actuación del Hospital Clínico San Carlos, ante la falta de entrega de unos informes médicos, y a la asistencia de su médico de Atención Primaria en la prescripción de unos medicamentos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- 1. El 16 de diciembre de 2020, la persona citada en el encabezamiento, presenta un escrito en el registro de la Consejería de Sanidad reclamando la responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid. Se trata de un formulario en el que únicamente aparecen como datos particularizados los relativos a la identificación de la interesada, la cuantía reclamada por importe de 50.000 euros y un número de cuenta. A continuación de dicho escrito figura diversa documentación médica, si bien se desconoce si fue aportada junto al mismo.

Obra en el folio 47 un oficio fechado el 23 de diciembre de 2020, firmado por el jefe de Área de Responsabilidad Patrimonial y dirigido a la reclamante, en el que, en relación con el escrito de 16 de diciembre de 2020, se indica que analizado el mismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 32.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado, por lo que en ausencia del mismo, le informan que han procedido a la remisión de su escrito al Hospital Clínico San Carlos, a efectos de que procedan a enviarle los informes que precisa, al considerar que no se dan los condicionantes para entender dicho escrito como reclamación de responsabilidad patrimonial, toda vez que se basa en un hipotético daño.

Dicho oficio parece que fue notificado el 23 de enero de 2021, si bien no puede saberse con certeza pues la documentación relativa a la reclamación de la interesada aparece desordenada en el expediente remitido.

2. El 18 de mayo de 2021, la reclamante presenta en el registro de la Consejería de Sanidad un nuevo formulario de reclamación de responsabilidad patrimonial, en el que figuran como únicos datos particularizados, la identificación de la interesada, la cuantía reclamada, esta vez por importe de 100.000 euros y un número de cuenta bancaria.

3. Mediante oficio de 23 de mayo de 2021, notificado el 3 de junio, se comunica a la reclamante que al objeto de formular una reclamación de responsabilidad patrimonial, deberá presentar la solicitud de conformidad con lo establecido en las normas que regulan el procedimiento correspondiente a dicha reclamación en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (artículo 67, 81 y 91 entre otros), (en adelante, LPAC) y en la LRJSP (título Preliminar capítulo IV). Así se

requiere que concrete el relato detallado y ordenado de los hechos objeto de la reclamación, concretando las lesiones/daños producidos, los centros en los que ha sido atendida y la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio público y el momento en que las lesiones/daños efectivamente se produjeron; la cuantía económica solicitada o los criterios en base a los cuales pretende sea fijada, así como cuanta documentación considere necesaria en apoyo de su pretensión. Asimismo, se advierte que el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o en el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo y que, en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En contestación al oficio anterior, la reclamante presenta un escrito el día 23 de junio de 2021 en el que expone que el 30 de noviembre 2018, fue valorada por primera vez en consulta por un especialista del Servicio de Oftalmología (Neurooftalmología) del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, que realizó una prueba de perimetría estática sin recibir, a continuación, informe alguno de valoración y de la prueba. Refiere que tras reclamar infructuosamente dichos documentos vía telefónica y en varias ocasiones en Atención al Paciente, optó por volver a solicitar nuevos informes de valoración neurooftalmológica y prueba descrita a la mayor brevedad posible para volver a tramitar su afiliación a la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles).

La reclamante añade que, al no recibir el informe facultativo aludido, fue requerida por la ONCE, para volver a solicitar el informe que no le había entregado el especialista. Por esta razón, dice que solicitó una nueva valoración por otro especialista el 24 junio de 2019, si bien tampoco recibió informe alguno.

Explica que, ayudada por una trabajadora social del Centro de Salud de Las Águilas ha reclamado en reiteradas ocasiones los informes

de valoración de los especialistas aludidos sin haber recibido contestación alguna.

En cuanto a la cuantía indemnizatoria, se remite al escrito de 18 de mayo de 2021, donde la fijó en 100.000 mil euros.

Por último, indica que toda la documentación vinculada a los hechos ya ha sido remitida previamente y obra en poder de la Administración.

En la parte del expediente que figura en el índice como “reclamación” constan diversos documentos, aunque no es posible conocer en qué momento fueron presentados por la interesada ya que aparecen de manera desordenada en el expediente. Entre dicha documentación figuran diversos documentos médicos; formularios online (18 de junio y 30 de octubre de 2019) en los que la reclamante solicita informes para tramitar afiliación a la ONCE y un escrito de la ONCE de 20 de junio de 2019 en el que se requiere a la interesada que aporte distintas pruebas médicas para tramitar su afiliación (folios 1 a 53).

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

La reclamante, de 50 años de edad en la fecha de los hechos, con antecedentes de síndrome depresivo e insomnio; reacción alérgica a medicamentos (penicilina, sulfamidas y Nolotil); hipertensión arterial; dislipemia; obesidad; diabetes mellitus tipo 2; cardiopatía hipertensiva; migrañas en seguimiento por Neurología; hernia de hiato y gastropatía antral erosiva, y asma, el 10 de septiembre de 2018 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos remitida por su médico de Atención Primaria (Centro de Salud Las Águilas) por visión doble y más borrosa de una semana de evolución. Refería haber tenido una subida

de glucosa en el mes de agosto, comenzando posteriormente con la clínica.

Se realizó exploración oftalmológica y TC cerebral, sin alteraciones significativas. Se emitió el juicio clínico de queratitis punteada superficial en ambos ojos, posible síndrome conversivo. La reclamante fue derivada a consulta de Neurología para seguimiento y valorar cita con Psiquiatría.

El 27 de septiembre de 2018 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos por “*disminución progresiva de agudeza visual de 1 semana y media de evolución*”. Aporta informe del Servicio de Urgencias del episodio previo descrito e informe de óptica del 26 de septiembre de 2018 con refracción: “*OD +1.50 -0.25 a 160o AV 0.3 que mejora a 0.9 / OI +1.50 -0.25 a 30o AV 0.2 que mejora a 0.8 con la corrección*”. “*EXPLORACIÓN FÍSICA: AVLsc (Agudeza Visual de Lejos sin corrección) Exploración incongruente: OD PL (Percepción Luminosa) OI PL (En la primera exploración no presenta reflejo de retirada, refiere no ver nada, ni la luz de la consulta, luego sí refiere ver la luz y presenta dudoso reflejo de retirada. Al reinterrogarla nos fija la mirada). BMC AO: conjuntiva tranquila, córnea transparente fluo- (fluoresceína negativa)*”. El fondo de ojo descrito fue normal.

El 28 de noviembre de 2018, se realiza RM de órbitas indicada por el Servicio de Neurología, con informe de la prueba dentro de la normalidad.

El 30 de noviembre de 2018, se realiza campo visual mediante perimetría estática con perímetro Octopus y resultado de amaurosis (ceguera) bilateral. El examen tiene muchos falsos negativos que invalidan la prueba. En el mismo informe se muestra perimetría previa, con fecha 10 de abril de 2015, normal en ambos ojos.

El 3 de diciembre de 2018, la interesada acude a consultas del Centro de Salud Mental de Las Águilas. Se describe que se trata de una mujer de 50 años. Madre de tres hijas de 25, 22 y 20 años. Desempleada laboral de larga duración (...). Había consultado por primera vez en noviembre de 2016 evaluada como Trastorno Adaptativo Mixto Ansioso Depresivo. Historia de malos tratos en su país de origen (natural de Honduras). En el mes de agosto de ese año, se objetivaron cifras muy altas de glucemia que terminó con diagnóstico de diabetes mellitus y de forma rápida desarrolló una ceguera conversiva inmodificable hasta el momento.

La impresión diagnóstica fue de trastorno disociativo, ceguera. Historia de Trastorno Adaptativo Mixto prolongado. Estaba recibiendo apoyo psicoterapéutico tanto desde centro de salud mental como desde centro de ayuda familiar. Farmacológicamente tenía prescritos ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina) y ansiolíticos.

El 18 de junio de 2019, la interesada presenta una solicitud reclamando el informe relativo a la prueba de perimetría estática realizada el 30 de noviembre de 2018 en el Hospital Clínico San Carlos.

El 24 de junio de 2019, la reclamante acudió a consultas externas de Oftalmología en el Centro de Especialidades Periférico Avenida de Portugal del Hospital Clínico San Carlos. Se escribe como motivo de consulta: “*Amaurosis AO. ¿Sd. (Síndrome) Conversivo?*”. Pérdida de visión progresiva en 15 días en noviembre de 2018. Refiere disminución de agudeza visual y diplopia (visión doble) con glucemia de 790 mg/dl en septiembre de 2018. Refiere dolor retroocular como si le pincharan con un “*clavo ardiendo*”. Lagrimeo del ojo izquierdo. Melanosis conjuntival (pigmentación de la conjuntiva bulbar). Córnea transparente, no tiñe. La presión intraocular, motilidad ocular y fondo de ojo son normales. Plan: revisiones en Neurooftalmología.

El 31 de julio de 2019, se realiza en el Hospital Clínico San Carlos, Servicio de Neurofisiología Clínica, pruebas de Potencial Evocado Visual y electroretinograma dentro del rango de la normalidad. “Comentario: No es posible realizar estudio con damero (más sensible y específico) dado que la paciente refiere una amaurosis bilateral que impide una fijación adecuada” (prueba realizada con estímulo flash o luz difusa sin posibilidad del damero reversible más rentable por mala fijación de la visión).

Consta que el 30 de octubre de 2019, la reclamante vuelve a presentar una solicitud de informe relativa a la prueba de perimetría estática realizada el 30 de noviembre de 2018 en el Hospital Clínico San Carlos.

El 19 de noviembre de 2019 se describe en consultas externas de Oftalmología, que a la exploración presenta, amaurosis bilateral. El diagnóstico es “*posible síndrome conversivo*”. Se pautan revisiones anuales en Oftalmología por la diabetes mellitus.

La reclamante fue vista el 30 de diciembre de 2019 en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Se anota pérdida de visión desde 2018. Posible síndrome conversivo. Se solicita valoración en Neurooftalmología que se realiza el 7 de febrero de 2020, donde se solicita RMN cerebral. Se anota que, si todo es normal, el próximo día acudirá a Psiquiatría con diagnóstico de “*histeria-conversión*”.

En la revisión de 13 de abril de 2021 en el Hospital Clínico San Carlos, se describe amaurosis en ambos ojos, refiere que no percibe luz. Reflejo de amenaza positivo. Dirige la mirada bajo indicación. Campo Visual: pérdida de sensibilidad profunda de ambos ojos con escotoma absoluto. Se describe el examen oftalmológico como normal. El juicio clínico es de paciente que refiere amaurosis bilateral con pruebas

objetivas normales, sin observar patología orgánica que lo justifique. Sin signos de retinopatía diabética. Se pautan controles periódicos por diabetes mellitus.

La reclamante es vista el 18 de noviembre de 2022 en el Servicio de Neuroftalmología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, se explica a la reclamante la discrepancia entre las pruebas objetivas y subjetivas. Se cita a la paciente en Retina para terminar de completar estudio y en Neurología para valoración.

TERCERO.- Presentada la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la LPAC.

Mediante oficio de 30 de junio de 2021, se requiere a la reclamante para que subsane su escrito indicando el motivo por el que considera que la reclamación no se halla prescrita (la última vez que manifiesta que solicitó el informe objeto de actuaciones fue el 24 de junio de 2019 habiendo transcurrido más de un año hasta la fecha de presentación de la reclamación), acompañando, en caso de considerarlo conveniente, la documentación que estime necesaria en apoyo de su pretensión, puesto que, según se indica, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que origine la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo, según dispone el artículo 67.1 de la LPAC.

El 22 de julio de 2021, la reclamante presenta un escrito en el que relata que el día 26 de octubre de 2018 acudió a su médico de cabecera, en el Centro de Salud Las Águilas, por una intoxicación de medicamentos, según le informaron verbalmente. Refiere que presentaba síntomas como mareos, vómitos y visión doble y que el médico le indicó que siguiera con la medicación.

Continúa indicando que el médico remitió a la reclamante a Urgencias del Hospital Clínico San Carlos para la realización de un TAC en el cerebro. Añade que acudió el día 1 de septiembre de 2018 y que,

en lugar de realizarle el TAC, remitieron a la interesada al Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos, y el día 30 de noviembre de 2018 al neurooftalmólogo del referido hospital. Incide en que dichos especialistas no le entregaron los informes y entonces presentó solicitud de entrega de dichos informes el 21 de diciembre de 2018, lo que reiteró, al no recibirlos a través de los servicios sociales, los días 18 de junio y 30 de octubre de 2019.

La reclamante subraya que, como consecuencia de la intoxicación de los medicamentos recetados por su médico de cabecera, perdió la vista. Dice aportar como documento 6 un informe con el que pretende acreditar que solo tiene el 30% de visión, si bien no figura en el expediente remitido.

Por último, señala que no ha podido presentar la reclamación de responsabilidad patrimonial antes por la no entrega de los informes médicos y reitera la petición indemnizatoria de 100.000 euros.

El 6 de agosto de 2021, la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud acusa recibo de la declaración de siniestro.

Sin más trámites, el 25 de septiembre de 2021 se formula propuesta de resolución por la que se desestima la reclamación por extemporánea, puesto que se considera que la última solicitud de los informes al Hospital Clínico San Carlos fue efectuada el 30 de octubre de 2019 y la reclamación fue presentada el 23 de junio de 2021, es decir, fuera del plazo de un año fijado por la legislación aplicable, a pesar de la suspensión durante 82 días de los plazos administrativos con motivo de la declaración del estado de alarma como consecuencia de la pandemia originada por la Covid-19.

Remitido el expediente a esta Comisión Jurídica Asesora, el Pleno de este órgano consultivo aprobó el Dictamen 552/21, de 2 de

noviembre, en el que se concluyó que procedía la retroacción del procedimiento para que se recabase la historia clínica de la interesada tanto del Hospital Clínico San Carlos como de Atención Primaria y se solicitaran los informes de los servicios implicados de acuerdo con los distintos reproches de la interesada, con posterior traslado a la Inspección Sanitaria y concesión del trámite de audiencia a la reclamante, tras lo cual se debería redactar nueva propuesta de resolución que, junto al expediente, se remitiría a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

CUARTO.- Tras el citado Dictamen 552/21, de 2 de noviembre, se han sustanciado los siguientes trámites:

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la interesada del Centro de Salud Las Águilas y del Hospital Clínico San Carlos (folios 81 a 155).

Asimismo, consta en el expediente el informe de 23 de noviembre de 2021 del Servicio de Atención al Paciente del Hospital Clínico San Carlos en el que se indica que la interesada ha solicitado copia de documentación clínica a través del Servicio de Atención al Paciente relativa a su atención en diferentes servicios y fechas. Detalla que, en relación con el Servicio de Oftalmología y Neurología, el día 26 de diciembre de 2018, solicitó un informe de Neurología, que le fue entregado con fecha 20 de mayo de 2019, tras haberlo solicitado al servicio que tuvo que elaborarlo, ya que no existía dicho informe en el “Programa Paciente” de la historia clínica. Explica que, al Servicio de Oftalmología, la interesada también ha solicitado copia de documentación e informes médicos a través del Servicio de Atención al Paciente en diferentes ocasiones. A la especialidad de Neurooftalmología, también solicitó informe el 26 de diciembre de 2018, que no existía en soporte informático y que, desde el Servicio de Atención al Paciente, se solicitó a través del jefe de servicio y al no recibir dicho informe, fue

reiterado mensualmente desde su fecha de solicitud, hasta el día 7 de junio de 2019, que fue cerrado *"sin remitir"*, tal como indica el protocolo establecido. Añade que, el 17 de enero de 2020, la reclamante volvió a solicitar informe médico del Servicio de Oftalmología, que le fue entregado ese mismo día, de lo que hay constancia en el soporte informático de la historia clínica.

De igual modo, se ha emitido informe de 31 de enero de 2022 del Servicio de Oftalmología del referido centro hospitalario que explica que la reclamante fue revisada el 25 de octubre de 2018 y que presentaba visión de *"bultos"* con una exploración normal y fue remitida a la Unidad de Neurooftalmología para valoración con campimetría. Fue valorada el 30 de noviembre de 2018 siendo diagnosticada de pérdida visual no orgánica con exploración normal y pruebas complementarias no válida por la no colaboración y los abundantes falsos negativos de la campimetría Octopus. Dice que se explicó a la interesada la no validez de dichas pruebas. La reclamante solicitó un informe médico el 26 de diciembre de 2018 que es realizado y entregado en mano el 24 de junio de 2019, quedando pendientes la realización de pruebas electrofisiológicas, que se realizaron el 31 de julio de 2019. Señala que una vez analizadas dichas pruebas, se realiza un informe sin ser solicitado por la paciente, que fue enviado a su domicilio. Añade que el 7 de noviembre de 2020, la paciente solicitó un informe, dándose por válido el emitido tres meses antes, al no tener nuevos datos ni revisiones en este periodo de tiempo. El 13 de abril de 2021 se realiza un informe nuevo y definitivo en el que se incluyen todas las pruebas oftalmológicas y radiodiagnósticas realizadas a la paciente con el diagnóstico final de *"paciente que refiere amaurosis bilateral con pruebas objetivas normales, sin observar patología orgánica que lo justifique"*. Concluye que la reclamante ha solicitado oficialmente dos informes (26 de diciembre de 2018 y 27 de enero de 2020) y dispone de cinco informes (10 de

septiembre de 2018; 27 de septiembre de 2018; 24 de junio de 2019; 19 de noviembre de 2019 y 13 de abril de 2021).

Además, consta en el folio 132 una nota sobre los cinco informes médicos de los que dispone la interesada:

1) 10 de septiembre de 2018: Urgencias de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos.

2) 27 de septiembre de 2018: Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre.

3) 24 de junio de 2019: informe realizado en Centro de Especialidades. Avenida de Portugal.

4) 19 de noviembre de 2019: informe realizado en el Hospital Clínico San Carlos.

5) 13 de abril de 2021: informe realizado en el Hospital Clínico San Carlos.

Además, añada que, según consta en el Servicio de Atención al Paciente, la paciente ha solicitado oficialmente dos informes: el 26 de diciembre de 2018 y el 17 de enero de 2020.

También se ha incorporado al procedimiento el informe de 3 de enero de 2023 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la interesada, efectuar las oportunas consideraciones médicas y realizar el juicio crítico correspondiente, concluye que en todo momento hubo un adecuado proceder profesional brindando a la paciente información acerca de su patología visual, pruebas diagnósticas oportunas cuando procedían y revisiones, por lo que considera que la asistencia sanitaria dispensada fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Tras dicho informe, se incorporó al procedimiento la historia clínica de la interesada del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Además, se ha emitido informe por el Servicio de Oftalmología del referido hospital que explica que la reclamante fue vista por dicho servicio por primera vez el 30 de diciembre de 2019. Refería que había empezado a perder visión en 2018, y que un médico le indicó que tenía un 30% de visión, aunque en septiembre de 2019 la perdió por completo y desde entonces no la había recuperado. Tras detallar los datos de la historia clínica, el informe explica que la reclamante presenta una pérdida de visión total en ambos ojos que es difícil de justificar en base a las pruebas objetivas realizadas, dado que tanto la motilidad pupilar como los estudios electrofisiológicos son normales. Es decir, oftalmológicamente no es compatible una agudeza visual de no percepción de luz con sus hallazgos exploratorios. Señala que, dado que desde el punto de vista oftalmológico no se justificaban sus síntomas, se pidió valoración a Psiquiatría y Neurología.

Consta también el informe del Servicio de Neurología de 10 de abril de 2023 que explica que la interesada ha sido valorada en dos ocasiones en consulta de Neurología con el objetivo de intentar identificar causa neurológica para su pérdida de agudeza visual. Indica que las valoraciones fueron realizadas los días 27 de febrero y 17 de marzo. En la primera ocasión el diagnóstico fue *“trastorno visual de origen no aclarado”*. Fue remitida a consulta neurofuncional de Neurología, donde se diagnosticó *“probable trastorno neurológico funcional, que cursa con ceguera bilateral con debut a partir de 2019. Predisponentes: privación infantil y maltrato, precipitantes y perpetuadores, depresión”*. El informe explica que este último diagnóstico implica que no hay una causa lesiva sobre el cerebro o nervio óptico que justifique el déficit que la paciente comenta. Se consideran predisponentes emocionales como potenciales desencadenantes del cuadro.

Como consecuencia de la nueva documentación aportada, se recabó nuevo informe de la Inspección Sanitaria, emitido el 8 de junio de 2023, en el que, una vez revisada la documentación clínica añadida al expediente, se ratifica en el informe anterior, concluyendo que la asistencia sanitaria dispensada, fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Consta que tras la emisión de los anteriores informes se confirió trámite de audiencia al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y a la reclamante.

El centro hospitalario formuló alegaciones el 31 de julio de 2023, incidiendo en la actuación conforme a la *lex artis* del centro hospitalario.

No consta que la reclamante formulara alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, se ha redactado nueva propuesta de resolución en la que se insta la desestimación de la reclamación al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria reprochada.

Consta que la reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación que se sigue en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (procedimiento 513/2022).

QUINTO.-El 19 de diciembre de 2023 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 8 de febrero de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, según el cual: *“3.En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, la interesada ha cifrado la cuantía de la indemnización que reclama en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

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, dada la fecha de presentación de la reclamación.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 LRJSP, en cuanto que es la persona que ha sufrido la actuación que reprocha a la Administración sanitaria.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que los reproches de la interesada se

dirigen contra el Hospital Clínico San Carlos y el Centro de Salud Las Águilas, centros integrados en la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, 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 este caso, como ya dijimos en el Dictamen 552/21, de 2 de noviembre, no se imputa a la Administración un hecho del que deriva la responsabilidad sino precisamente que ha sido su inactividad, su falta de actuación, lo que motiva la reclamación, lo que dificulta la determinación del *dies a quo*, esto es, el momento que hay que considerar a efectos del cómputo para el ejercicio de la acción. De la nueva documentación incorporada al procedimiento tras nuestro dictamen, se infiere que el último requerimiento de información por parte de la interesada se produjo el 17 de enero de 2020, con entrega del informe en esa misma fecha, por lo que cabe entender formulada en plazo la reclamación presentada el 16 de diciembre de ese mismo año, postura que también mantiene la nueva propuesta de resolución emitida, rectificando de esta manera el criterio de la anterior propuesta que consideró prescrito el derecho a reclamar de la interesada.

En materia de procedimiento, se observa que tras el Dictamen 552/21, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante y se han emitido distintos informes de los servicios implicados en los hechos objeto de reproche por parte de la interesada. No obstante, no se ha recabado el informe del médico de Atención Primaria, teniendo en cuenta que uno de los reproches de la interesada viene referido a una intoxicación medicamentosa que imputa a la prescripción efectuada por dicho médico y a la que atribuye el origen de

su ceguera. Ahora bien, en el examen de la historia clínica del centro de salud, así como del resto de la historia clínica de la reclamante incorporada al procedimiento, no hemos podido hallar ningún indicio del referido reproche ni tampoco los informes médicos que obran en el expediente contienen ninguna referencia a dicha intoxicación ni menos aún a la misma como origen de los problemas de visión de la interesada. Así las cosas, no se reputa necesaria la retroacción del procedimiento para la emisión del referido informe.

Además, consta haberse emitido el informe de la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los informes emitidos, se realizó el trámite de audiencia a los interesados, la reclamante y el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, efectuando alegaciones solo este último centro hospitalario. Después se ha dictado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el

ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario:*

para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, se alega, por un lado, que la reclamante sufrió una intoxicación como consecuencia de unos medicamentos prescritos por el médico de Atención Primaria y que esto provocó la pérdida de la vista, y de otro lado, que la Administración no ha proporcionado a la interesada los informes médicos que necesitaba para afiliarse a la ONCE.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la 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, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios*

idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

En este caso, en cuanto al primer reproche, como ya hemos señalado al referirnos al procedimiento, no existe en el expediente remitido ninguna prueba de la intoxicación medicamentosa a la que alude la reclamante, ni la interesada ha aportado al procedimiento ninguna prueba que lo acredite. Además, los informes médicos que se han emitido en el curso del procedimiento descartan una causa orgánica en la pérdida de visión que padece la interesada. Así, el informe de 31 de enero de 2022 del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos; el informe de 22 de marzo de 2023 del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y el informe de 10 de abril de 2023 del Servicio de Neurología de ese último hospital.

En el mismo sentido, el informe de la Inspección Sanitaria que explica que, en el estudio oftalmológico seriado en el Servicio de Urgencias y consultas, salvo la queratitis punteada superficial leve de la primera visita al Servicio de Urgencias, el resto del examen fue completamente normal. Por parte de Neurofisiología, las pruebas fueron normales, no pudiendo realizar pruebas con estímulo lumínico en damero reversible por la (supuesta) mala agudeza visual. Por parte de Neurología, el examen físico, incluyendo reflejos osteotendinosos, fue normal, así como las pruebas de imagen realizadas, TC cerebral y RMN orbitaria. Asimismo, aunque la reclamante padece una diabetes mellitus tipo II, predisponente a problemas visuales, la misma es de reciente diagnóstico, con un fondo de ojo y OCT, normales. Además, una posible retinopatía diabética tarda varios años en aparecer y muchos más en llegar a una amaurosis.

Según la Inspección Sanitaria, con mala agudeza visual y examen objetivo normal hay dos posibilidades diagnósticas parecidas, pero con diferencias psicológicas: *“la Simulación y la Conversión”*. Explica que la

“*Simulación*” se engloba dentro de los trastornos funcionales, en los cuales existe una falta de sintonía entre lo objetivado al examen y lo referido por el paciente. En ella existe ánimo de fraude consciente y razonado, a diferencia de los trastornos de origen psicológico o psiquiátrico como la “*Conversión*”, en los cuales la relación entre la diferencia de pruebas objetivas y subjetivas es inconsciente. Añade que el trastorno conversivo, que es el que se considera en este caso, puede ser focalizado en cualquier aparato y órgano y, en Oftalmología, el más frecuente es la pérdida de visión hasta la ceguera o amaurosis. Los síntomas generalmente comienzan de manera repentina después de una experiencia estresante. Hay mayor riesgo de presentar este trastorno si también coexiste un trastorno disociativo (como escape de la realidad, no es a propósito) o un trastorno de personalidad (incapacidad para manejar los sentimientos y comportamientos que se esperan en determinadas situaciones sociales) por lo cual el paciente no miente como tal, está convencido que su parálisis o ceguera es real. Se piensa que los síntomas físicos no contrastados, son un intento por resolver el conflicto psicopatológico anterior. Se conoce también como “*Neurosis Histórica*”.

En virtud de lo expuesto, y según los informes médicos que obran en el procedimiento corroborados por el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, cabe entender que no existe una causa orgánica que justifique la pérdida de visión de la interesada, como puede ser la que reprocha la reclamante (intoxicación medicamentosa), sino que se trataría de un problema de origen psiquiátrico, el síndrome conversivo al que hemos aludido, y que motivó la remisión de la interesada a servicios especializados, como Psiquiatría y Neurología.

Por lo que se refiere al reproche relativo a la falta de entrega de los informes médicos precisos para afiliarse a la ONCE, se observa que en la documentación aportada por la interesada consta un escrito de la delegación en Madrid de dicha organización, con registro de salida el 20

de junio de 2019 en el que se indica que una vez estudiado el certificado oftalmológico resultante del examen que le fue practicado a la interesada el día 11 de junio de 2019, de conformidad con lo establecido en el Art. 10. Uno de los Estatutos de la ONCE y su normativa de desarrollo, la dirección general, a fin de comprobar su grado de afectación visual, estimaba necesario complementar el mismo con un electrorretinograma (ERG) y unos potenciales evocados visuales (PEV), para lo cual debería aportar las pruebas solicitadas en un plazo no superior a tres meses a contar desde el día siguiente a aquel en que recibiera la notificación.

Según resulta del expediente examinado, la reclamante se realizó las pruebas solicitadas el 31 de julio de 2019, en el Hospital Clínico San Carlos, Servicio de Neurofisiología Clínica, con resultados dentro del rango de la normalidad. Se recoge en el informe: *“Comentario: No es posible realizar estudio con damero (más sensible y específico) dado que la paciente refiere una amaurosis bilateral que impide una fijación adecuada”* (prueba realizada con estímulo flash o luz difusa sin posibilidad del damero reversible más rentable por mala fijación de la visión).

Según se ha informado en el procedimiento por el Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico San Carlos, una vez analizadas dichas pruebas, se realizó un informe sin ser solicitado por la paciente, que fue enviado a su domicilio, de lo que cabe inferir que la interesada disponía de la información solicitada por la ONCE para afiliarse a dicha organización, pues no consta que las pruebas requeridas por dicha entidad fueran realizadas en las consultas anteriores, concretamente en la de 30 de noviembre de 2018, respecto a la que consta la solicitud de información por la interesada, los días 18 de junio y 30 de octubre de 2019, sin que dicha informe haya sido facilitado, según resulta de lo informado en el procedimiento por el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Clínico San Carlos, si bien, tal y como destaca la Inspección

Sanitaria, una prueba como la perimetría realizada en la indicada fecha de 30 de noviembre de 2018, informada como no válida porque superaba el índice promedio de errores por mala colaboración, “*no es admitida al no ser fiable*”.

Por otro lado, las pruebas realizadas el 31 de julio de 2019, como hemos visto, arrojaron resultados dentro de la normalidad, lo que, sumado a una agudeza visual con percepción luminosa, fondo de ojo y OCT normales y sin focalidad neurológica, en palabras de la Inspección Sanitaria, «*no es admitida al no ser problema Oftalmológico sino Psiquiátrico, comentado en los informes de consulta: (...) “posible Síndrome Conversivo*”».

De lo expuesto hasta ahora, así como de los datos que constan en el expediente cabe inferir que, si bien la interesada no recibió alguno de los informes solicitados, concretamente el relativo a la prueba realizada el 30 de noviembre de 2018, sí que disponía de otros informes médicos, particularmente el de las pruebas solicitadas por la ONCE para la afiliación, realizadas el 31 de julio de 2019, pero, en todo caso, ello no resulta relevante, pues según ha informado la Inspección Sanitaria, la reclamante no presentaba los criterios necesarios para la afiliación a dicha organización al no padecer un problema oftalmológico sino psiquiátrico, según corrobora la historia clínica analizada.

En definitiva, según resulta de los informes médicos que obran en el expediente, y en particular, del informe de la Inspección Sanitaria, cabe concluir que no se ha acreditado la relación de causalidad entre el daño alegado por la interesada y la actuación de la Administración sanitaria.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación al no apreciarse relación de causalidad con el funcionamiento del servicio público sanitario.

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 8 de febrero de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 51/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid