



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 263/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de octubre de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 29 de mayo de 2025 (COMINTER número 217101), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2025_195), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 5 de septiembre de 2023, D.^a X presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional, por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada por los facultativos del Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamante que el 5 de septiembre de 2022, se sometió a una operación de catarata en su ojo derecho en la clínica “Virgen del Alcázar” de Lorca. La operación fue calificada por la oftalmóloga interviniente como “*faco complicada*”.

Desde las primeras revisiones postoperatorias -la primera de ellas al día siguiente de la intervención-, ya se vio que la operación no había salido bien, presentando afaquia (ausencia de cristalino) e hipertensión intraocular. Con el diagnóstico principal de afaquia, se programa una nueva operación, esta vez de vitrectomía, para eliminar restos de cristalino que, durante la primera intervención de cataratas, habían caído en el vítreo.

La vitrectomía se lleva a cabo en el Hospital “Rafael Méndez” de Lorca, el 16 de septiembre de 2022, once días después de la primera operación. En la revisión postoperatoria del 4 de octubre de 2022, se hace constar el siguiente diagnóstico: “*pseudofaquia complicada OD, implante secundario LIO (lente intraocular) + extracción*”.

restos polo posterior de OD complicada con hemorragia intraoperatoria". Se decide remitir al Hospital General Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA), de Murcia, para *"valoración quirúrgica de desprendimiento de retina hemorrágico OD"*. La remisión no se hace efectiva hasta el 22 de noviembre de 2022, fecha en la que la paciente es vista por el Servicio de Oftalmología del HUVA.

Cuando la reclamante es reconocida en el HUVA, presenta amaurosis (sin percepción de luz), con un desprendimiento de retina irresoluble, por lo que se decide no intervenir.

Alega la reclamante que *"tanto la demora en la realización de la segunda operación, como en la derivación al Hospital Virgen de la Arrixaca han producido que se me hayan ocasionado unos daños irreversibles que podrían haberse evitado con una operación urgente tras ver los resultados de la primera operación como en la derivación inmediata a los servicios especializados del Hospital Virgen de la Arrixaca en Murcia"*. Considera que la amaurosis de su ojo derecho, es decir, la pérdida total de visión por ese ojo, fue causada por la mala praxis consistente en demorarse en exceso la atención urgente que demandaba su situación y que, de haberse intervenido de forma precoz le habría permitido conservar la visión.

Solicita una indemnización a tanto alzado de 120.000 euros.

Propone prueba documental, que acompaña a la reclamación (copia de la historia clínica obrante en el Hospital "Rafael Méndez"), testifical de todos los facultativos intervinientes en la asistencia sanitaria recibida, y anuncia la aportación de informe pericial.

SEGUNDO.- Por resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud, de 27 de septiembre de 2023, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de las Gerencias de las Áreas de Salud concernidas por la reclamación, así como de la clínica "Virgen del Alcázar" de Lorca, una copia de la historia clínica de la paciente y el informe de los facultativos que prestaron la asistencia por la que se reclama.

Asimismo, se comunica la presentación de la reclamación a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

TERCERO.- Remitida a la instrucción la documentación solicitada, constan los siguientes informes de los facultativos actuantes:

- El de la oftalmóloga del Servicio Murciano de Salud que interviene a la interesada de cataratas en el centro concertado "Virgen del Alcázar":

"La paciente se opera de catarata de ojo izquierdo (sic, en realidad es el derecho) en día 5 de septiembre de 2022.

Durante la cirugía hay una rotura de la cápsula posterior con la consiguiente caída de un trozo de núcleo a cámara vítrea. No se coloca lente por falta de soporte y se explica a la paciente que más adelante se someterá a una nueva intervención para extraer los restos de núcleo y colocación de lente intraocular.

En el postoperatorio sufre aumento de la presión intraocular y se pone tratamiento para bajarla y tratamiento antibiótico y antiinflamatorio postoperatorio.

Se somete a cirugía de vitrectomía el día 16 del mismo mes. Durante la cirugía ocurre un sangrado profuso de la retina que hace imposible la extracción completa de los restos cristalinos.

En las revisiones siguientes se constata a las 2 semanas de la existencia de un desprendimiento de la retina del ojo izquierdo, por lo que se envía al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca para cirugía del mismo, dada la complejidad del cuadro”.

- Informe de la Jefa de Servicio de Oftalmología del HUVA:

“A continuación, paso a exponer una revisión completa de la historia oftalmológica de la paciente por solicitud de los Servicios Jurídicos de nuestro hospital.

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ:

La paciente, diabética tipo II, ha seguido controles regulares en su centro (hospital Rafael Méndez) para seguimiento de su retinopatía diabética. Según consta en Ágora, ha sido sometida a varios tratamientos intravítreos en su centro a lo largo de los años 2021 y 22.

Con fecha 20/10/21: Es incluida en lista de espera quirúrgica para ser sometida a cirugía de cataratas en su ojo izquierdo. La cirugía se realiza, según constan en los informes de su centro, sin incidencias.

En la visita de 26/01/22 la paciente descarta ser incluida en lista de espera para la cirugía de cataratas de su ojo derecho.

El 05/09/2022: Es sometida a cirugía de cataratas en su ojo derecho. Según consta en el informe postoperatorio de la paciente (disponible en Ágora), durante la cirugía se produjo una rotura de cápsula posterior de cristalino, con luxación de parte del contenido cristalino a cámara vítrea. Ésta es una complicación que se produce entre el 0,45-5,2% de todas las cirugías de cataratas en manos de cirujanos experimentados (1). En el postoperatorio inmediato, la paciente presentó una hipertensión ocular severa, que fue manejada con diuréticos (revisiones del

09/09/22 y 12/09/22).

El 26 (sic, 16)/09/22 es sometida a Vitrectomía Pars plana (para extracción de restos de cristalinios luxados a cámara vítrea) e Implante de lente intraocular (no constan informes en Ágora de como transcurrió la cirugía). En revisión postoperatoria, el 27/09/22, la turbidez de la cámara vítrea no permite explorar la situación de la retina. El 04/10/22, en una nueva revisión en su centro, se indica que la cirugía del 26 (sic, 16)/09/22 presentó una hemorragia intraoperatoria. En la revisión su ojo derecho presenta una presión intraocular de 8 mmHg (anormalmente baja) y, al realizar ecografía, se detecta un desprendimiento de retina hemorrágico (se deduce que se produjo durante o inmediatamente posterior a la cirugía del 26 (sic, 16)/09/22).

La hemorragia supracoroidea es una grave complicación que se da entre 0,09-1,08% de todas las vitrectomías pars plana. Uno de los factores de riesgo para su aparición es la retención de fragmentos de cristalino en cámara vítrea, como en el caso de X (2).

La paciente es remitida con ANEXO 1, que se cursa de forma ordinaria, al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, para valoración y tratamiento si procede.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA:

El ANEXO I tiene registro de salida, del Hospital Rafael Méndez, el 10/10/22 y, de entrada, en la Arrixaca, el 21/10/22, casi un mes más tarde de la cirugía complicada de vitrectomía a la que la paciente había sido sometida en su centro de referencia. Habitualmente, los ANEXOS 1, por patología urgente/preferente, siguen dos vías, la primera, la vía administrativa ordinaria, para que se lleve a cabo la aprobación de la asistencia en nuestro centro; y una segunda vía, que consiste en entregar copia en mano de la documentación al paciente y se le remite de forma URGENTE al servicio de urgencias de la Arrixaca, donde es atendido por el Oftalmólogo de guardia, quien lo explora e indica y programa su cirugía para los siguientes días tras ser atendido. Lamentablemente, en el caso de la paciente X, esta segunda vía no se cursó, por lo que el expediente siguió su curso administrativo sin ser tratada como un proceso preferente. En base a eso la paciente fue atendida el 22/11/22, un mes más tarde de la entrada del expediente en la Arrixaca, lo que sería un plazo de tiempo aceptable si se tratara de una patología con prioridad normal, pero no un desprendimiento de retina hemorrágico tras dos cirugías complicadas, de catarata (05/09/22) y vitrectomía (26 (sic, 16)/09/22).

En el momento de la asistencia en nuestro centro, la paciente se encontraba en amaurosis (ojo sin percepción lumínica), mostraba un desprendimiento de retina total con proliferación vitreoretiniana severa y marcada hipotonía ocular (Pthisis Bulbi) que convertían la situación en irresoluble, por lo que se desestimó cualquier tratamiento por nuestra parte y fue dada de alta nuevamente a su centro".

CUARTO.- Con fecha 15 de diciembre de 2023, la reclamante une al procedimiento informe médico pericial, evacuado por un especialista en Oftalmología, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1.- Dña. X fue intervenida de catarata en el ojo derecho en el Hospital Virgen del Alcázar de Lorca el 5 de Septiembre de 2022 y de vitrectomía e implante de lente intraocular en sulcus ciliar en el Hospital Rafal Menéndez,

2.- De ninguna de las dos intervenciones quirúrgicas figuran en la Historia clínica de la paciente hojas/informes descriptivos ni se conocen los cirujanos oftalmólogos intervinientes en las mismas. Únicamente se reseña que en la primera intervención la "faco fue complicada". De la segunda intervención no es hasta el 4 de Octubre de 2022 cuando se reconoce (en la cuarta revisión postquirúrgica) y se reseña en la Historia clínica, que la misma se había complicado con "hemorragia intraoperatoria".

3.- Las complicaciones surgidas en ambas intervenciones quirúrgicas (caída del núcleo cristalino a cámara vítrea en la primera de ellas y hemorragia intraoperatoria de etiología iatrogénica en la segunda) suponen mala praxis por negligencia médica.

El hecho dañoso no hubiera tenido lugar de no mediar culpa profesional; los servicios médicos intervinientes no han actuado de acuerdo con los datos actuales de la ciencia y con una conducta profesional diligente.

4.- La ausencia de hojas/informes descriptivos de las intervenciones quirúrgicas y la ausencia de información de las mismas a la paciente y/o sus familiares suponen ocultamiento y ausencia de daños fundamentales producidos.

No se ha producido un retraso en el diagnóstico sino una ocultación de hechos acaecidos durante las dos intervenciones quirúrgicas que han dado lugar a una pérdida de oportunidad que ha resultado trascendental para el pronóstico visual. Se le privó de la oportunidad de ser atendida conforme marca la ciencia médica. Ha habido una omisión de socorro y atención correcta. Los actos quirúrgicos han supuesto una conculcación de la lex artis.

5.- Tras la hemorragia intraoperatoria ocurrida en la segunda intervención quirúrgica debió preverse que se originarían (o que se podrían haber originado ya en el mismo acto quirúrgico) severas complicaciones intraoculares. Sin embargo, se ocultó la iatrogénica complicación provocada durante la cirugía y, a pesar de la nula recuperación visual, no se actuó con la diligencia necesaria en las revisiones postquirúrgicas de los días 17, 22 y 27 de septiembre de 2022. No fue hasta el 4 de Octubre cuando mediante estudios ecográficos se evidenció la existencia de desprendimiento de retina hemorrágico.

Se ha producido, por tanto, una pérdida de oportunidad al no ser correctamente tratada y [a] su debido tiempo tras las complicaciones acaecidas durante las intervenciones quirúrgicas. Esto es, incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud oftalmológica de la paciente.

6.- Ese mismo día, 4 de Octubre de 2022, es remitida al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca donde fue atendida el 22 de Octubre (sic, noviembre) de 2022 (a los 37 días de la segunda intervención quirúrgica en la que se ocasionó -iatrogénicamente- la hemorragia intraoperatoria, ocultada posteriormente, ante la que no se adoptó ninguna medida terapéutica a pesar de la previsible aparición de graves complicaciones intraoculares), siendo entonces la agudeza visual inexistente -no percibe luz- y el desprendimiento de retina total e irresoluble.

El retraso en la actuación médica tras las complicaciones surgidas en las dos intervenciones quirúrgicas, fundamentalmente el ocultamiento de la hemorragia intraoperatoria surgida en la segunda de ellas, que obligaba a actuaciones urgentes supone mala praxis (dolo, negligencia grave) al haber producido un daño desproporcionado.

7.- De haber actuado con la diligencia adecuada y remitir al centro de referencia de manera urgente (la complicación surgida durante la segunda intervención quirúrgica así lo exigía) el resultado visual habría sido distinto y presumiblemente mucho mejor.

Una actuación más diligente y a tiempo habría mejorado el resultado visual que, por la actuación seguida, ha quedado totalmente limitada: amaurosis o ceguera total (sin percepción de luz) por el ojo derecho.

8.- No existen Consentimientos Informados, preceptivos en todo tipo de actos quirúrgicos, para las intervenciones a las que fue sometida. Únicamente figura en la Historia clínica hoja firmada el 7 de Septiembre de 2022 por la paciente y la Dra. Y, pero en la misma no figura el procedimiento quirúrgico al que va a ser sometida ni las posibles complicaciones de la misma que deben ser conocidas y asumidas por la paciente. La hemorragia intraoperatoria surgida en la segunda intervención se desconoce, por tanto, si aparece descrita entre las posibles complicaciones. El siniestro se debió únicamente a la mala praxis en la ejecución de las intervenciones quirúrgicas dándose unas complicaciones presumiblemente no previstas en el Consentimiento Informado.

La falta de información, incompleta o inespecífica, como ha sucedido en el presente caso, implica mala praxis.

9.- Resulta evidente la antijuridicidad del daño sufrido y reclamado, por no tener el deber jurídico de soportarlo, en tanto que no se pusieron a su disposición todos los medios posibles dado que se realizaron los estudios necesarios (ecografía orbitaria) demasiado tarde, a pesar de que la nula recuperación visual tras la segunda intervención quirúrgica exigía una actuación más diligente.

10.- La asistencia sanitaria dispensada a la paciente por el Servicio Murciano de Salud no ha ajustado sus actuaciones a las reglas de la lex artis ad hoc. Existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario dispensado por el Servicio de Oftalmología de los hospitales Virgen del Alcázar y Rafael Menéndez, de Lorca y el daño sufrido por Dña. X.

11.- Se causó un daño desproporcionado por la acción u omisión de los servicios médicos, puesto que el grave daño (ceguera total, sin percepción de luz) que se ha generado en la paciente es incompatible y no es proporcional a los riesgos inherentes a la intervención (catarata, vitrectomía) a la que se ha sometido. Implica un efecto dañoso inasumible -por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado, insólito, grave, desconocido, que habitualmente no se produce.

Se ha producido, por tanto, una negligencia médica, también definida como mala praxis médica, ya que por retrasos en actuar correctamente tras la primera intervención quirúrgica y acciones omisivas tras la segunda no se ha actuado con la diligencia médica exigida por las prácticas que rigen la profesión del profesional sanitario, es decir, por la Lex Artis Médica”.

El informe efectúa diversas consideraciones relativas al cómputo de la indemnización, por referencia al sistema de valoración de los daños producidos a las personas en accidentes de circulación. Considera que la pérdida de visión del ojo derecho debe valorarse en 25 puntos, a los que suma 10 (5+5) puntos más por la pérdida del cristalino y la colocación de lente intraocular, y 6 puntos por perjuicio estético ligero. Además, señala que procede indemnizar por las dos intervenciones quirúrgicas y por el perjuicio moral en grado moderado por pérdida de calidad de vida, señalando la horquilla indemnizatoria prevista en el baremo para este daño, pero sin concretar la cuantía que el perito considera aplicable al caso. Del mismo modo, el informe no efectúa una cuantificación precisa del conjunto del daño reclamado.

QUINTO.- Con fecha 19 de enero de 2024, se recaba del Servicio de Prestaciones Asistenciales el preceptivo informe de la Inspección Médica.

SEXTO.- El 10 de abril de 2024, el instructor acuerda rechazar la prueba testifical de los facultativos intervinientes, propuesta por la actora, al considerarla innecesaria, toda vez que ya constan los informes de los Servicios de Oftalmología y que en el expediente no se plantean cuestiones de hecho, sino la valoración de la adecuada asistencia sanitaria prestada a la paciente, por lo que se estima que no va a aportar ningún dato relevante la práctica de dicha prueba.

SÉPTIMO.- Por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud se unen al procedimiento los siguientes documentos:

- Un informe pericial evacuado por una Especialista en Oftalmología, que concluye como sigue:

“1. La paciente fue intervenida de catarata del OD (ojo derecho) en el H. Virgen del Alcázar (centro concertado con el SMS) el 5 de septiembre de 2022. La técnica programada para la operación fue facoemulsificación con implante de LIO (lente intraocular) que es la técnica habitual.

2. En la hoja de quirófano correspondiente a la operación de catarata se describe que durante la intervención como complicación se produjo la rotura de la capsula posterior con luxación de núcleo a vítreo y no se puso la LIO (lente intraocular).

3. Para extraer los restos de cristalino y poner la LIO fue necesario realizar una segunda operación mediante vitrectomía que se llevó a cabo el 16 de septiembre de 2022 en el H. Rafael Méndez.

4. En la hoja de quirófano correspondiente a la vitrectomía se describe que durante la vitrectomía se produjo como complicación una hemorragia intraoperatoria secundaria al roce de un fragmento del cristalino con la retina.

5. Las complicaciones surgidas en ambas intervenciones (rotura de cápsula posterior y luxación de fragmentos de

cristalino a vítreo en la operación de catarata y hemorragia vítrea intraoperatoria en la vitrectomía) son complicaciones descritas para este tipo de cirugías y no necesariamente implican mala praxis.

6. Tras la intervención de Vitrectomía se produjo como complicación un Desprendimiento de retina que se diagnosticó mediante ecografía el 4 de octubre de 2022.

7. Para operar el desprendimiento de retina la paciente fue derivada de forma ordinaria desde el H. Rafael Méndez al del H. Universitario Virgen de la Arrixaca. El tiempo que transcurrió desde que se hizo la derivación (4 de octubre de 2022) hasta que fue atendido (22 de noviembre de 2022) fue excesivo para el caso que se trataba (desprendimiento de retina). Lo adecuado habría sido hacer dicha derivación de forma urgente o preferente.

8. Cuando la paciente fue vista en el HUVA el OD no percibía luz y el desprendimiento era inoperable.

9. Las complicaciones que se produjeron en la cirugía de catarata hicieron necesario hacer una vitrectomía. En estos casos, tras la vitrectomía y suponiendo que no se produzcan otras complicaciones la agudeza visual que se alcanza es de 0.5 o mejor en un 44-69 %. En un 4-12% de los casos después de la vitrectomía se produce un desprendimiento de retina y el pronóstico empeora.

10. Además de las complicaciones que se produjeron que condicionan un sombrío pronóstico visual se ha producido una demora en la asistencia que ha condicionado un peor pronóstico. Como consecuencia de todo el proceso la paciente ha perdido la visión del OD".

- Un informe de cuantificación de lesiones, que parte de la existencia de un retraso injustificado en la atención del desprendimiento de retina como única actuación a la que cabe vincular el daño reclamado. Así, señala que "se produjeron varias complicaciones típicas de la cirugía de cataratas. Son complicaciones cuyo riesgo es inherente a la propia técnica quirúrgica. Si bien es cierto que se aprecia una demora en la valoración del desprendimiento de retina que hace inviable la reparación. En este aspecto hay que incidir en que como afirma la propia AEMPS (https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/productosSanitarios/seguridad/2015/docs/NIPS_20-2015-ala-octa.pdf) con respecto a la cirugía de desprendimiento de retina: "Hay que tener en cuenta que, de acuerdo con la literatura publicada sobre una importante serie de casos en centros españoles, se demostró que la cirugía fracasa en un 10% de pacientes y que más del 20% a pesar de haberse conseguido reapplicar correctamente la retina quedan con visiones por debajo de 0,1 (límite de la ceguera legal en España),² por lo que la pérdida de visión tras cirugía de desprendimiento de retina no es algo inhabitual." Esto son las estadísticas habituales, pero es que los antecedentes de la paciente ensombrecían el pronóstico, por lo que, salvo mejor criterio se aplicará una pérdida de oportunidad del 50%".

Se indica que no es computable tiempo de estabilización alguno, pues el retraso en la derivación de la paciente al HUVA impidió la posible cirugía reparadora, pero no prolongó el tiempo de estabilización. Tampoco considera computables las dos cirugías a las que se sometió la paciente, en la medida en que son anteriores a la demora en la remisión y, por tanto, no son consecuencia de ésta.

En relación con las secuelas, reconoce 25 puntos por la pérdida de la visión el ojo, valoración que ya incluiría la

afauia y la lente intraocular, que se debieron a la catarata de la paciente, no a la demora en la valoración quirúrgica del desprendimiento retiniano. Descarta, asimismo valorar el perjuicio estético, porque no se acredita mediante prueba gráfica, como tampoco se prueba que la pérdida de calidad de vida sea moderada, por lo que la valora como leve.

Con arreglo a las bases expuestas, la valoración del daño asciende a un total de 34.226,51 euros, cantidad que, una vez aplicado el 50% de pérdida de oportunidad, arroja un total de 17.113,26 euros.

OCTAVO.- Con fecha 16 de mayo de 2024, la instrucción reitera la solicitud de informe a la Inspección Médica, instando su emisión con carácter preferente.

El indicado informe se evacua el 16 de enero de 2025, con las siguientes conclusiones:

“- Doña X, de 70 años de edad, y con antecedentes de diabetes tipo 2 insulín dependiente y retinopatía diabética en tratamiento con anti-VEGF, fue diagnosticada de cataratas en ambos ojos y se indicó intervención quirúrgica (faco más LIO).

- Se intervino primero el ojo izquierdo sin incidencias.

- En la intervención del ojo derecho, el día 05/09/2022, se produjo la rotura de la cápsula posterior del cristalino, complicación descrita en la bibliografía y que figuraba en el consentimiento informado previo a la intervención que firmó la paciente. La aparición de esta complicación no implica la existencia de mala praxis.

- Como consecuencia de esta complicación, se programó a la paciente para vitrectomía.

- La vitrectomía es el tratamiento de elección en estos casos, y se realizó el 16/09/2022.

- En esta segunda intervención se produjo una hemorragia retiniana. La posibilidad de hemorragias, es una complicación descrita en el consentimiento informado que previamente firmó la paciente. La aparición de esta complicación tampoco implica por sí misma la existencia de mala praxis.

- La paciente presentó un desprendimiento hemorrágico de retina, razonablemente relacionado con la hemorragia retiniana intraoperatoria, que se diagnosticó el 04/10/2022.

- En este momento se remite al HCU Virgen de la Arrixaca, lo que es correcto, pero se realizó una remisión ordinaria sin carácter de urgencia/preferencia; como consecuencia, la propuesta siguió el cauce administrativo

ordinario, y la paciente no fue valorada en el HCU Virgen de la Arrixaca hasta el 22/11/2022, un mes y 18 días después de realizarse la propuesta y dos meses y una semana después de la intervención en la que se produjo la hemorragia retiniana.

- En el momento de la valoración en el HCU Virgen de la Arrixaca, el desprendimiento de retina se considera irresoluble y la paciente presenta amaurosis (pérdida de visión) en el ojo derecho.

- El tiempo transcurrido entre la segunda intervención, y más concretamente entre el diagnóstico de desprendimiento de retina y la valoración en el hospital Virgen de la Arrixaca, fue excesivo.

- Con los antecedentes de retinopatía diabética con edema macular, en tratamiento con anti-VEGF intravítreo, y tras las dos intervenciones complicadas, el pronóstico visual del ojo derecho de doña X no era bueno, pero es evidente que el retraso en la remisión y valoración en el HCU Virgen de la Arrixaca empeoró dicho pronóstico”.

NOVENO.- Conferido el preceptivo trámite de audiencia a los interesados, la actora presenta, el 18 de marzo de 2025, escrito de alegaciones para ratificar su pretensión indemnizatoria y reiterar sus imputaciones de mala praxis al amparo del informe pericial que en su día aportó al procedimiento, descartando que la demora en la remisión al HUVA constituya un mero supuesto de pérdida de oportunidad, sino una verdadera actuación contraria a la *lex artis*, por lo que se opone a la valoración del daño efectuada por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, que impugna en otros de sus conceptos (pérdida de calidad de vida, secuelas e intervenciones quirúrgicas). Cuantifica su pretensión indemnizatoria en 106.595,30 euros.

DÉCIMO.- Por la instrucción se concedió nuevo trámite de audiencia a la aseguradora, del que no hizo uso.

UNDÉCIMO.- El 27 de mayo de 2025, se formula propuesta de resolución estimatoria parcial de la reclamación, al considerar que concurren todos los requisitos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en particular, el nexo de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño reclamado, así como su antijuricidad.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de documentos, se remitió el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 29 de mayo de 2025.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Cuando de daños físicos o psíquicos a los usuarios de servicios públicos se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, lo que determina que la legitimada en el supuesto sometido a consulta sea la propia paciente, a quien resulta obligado reconocer la condición de interesada, conforme a lo establecido en el artículo 4.1 LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 5 de septiembre de 2023, antes del transcurso de un año desde la primera de las intervenciones quirúrgicas a las que la interesada pretende imputar los daños padecidos, y ello sin necesidad de entrar a considerar la fecha de estabilización de las lesiones alegadas, el 22 de noviembre de 2022, cuando se alcanza el diagnóstico de amaurosis irreversible en el HUVA, a la que el indicado precepto legal vincula el *dies a quo* del plazo prescriptivo.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente los informes de los servicios cuyos facultativos prestaron asistencia a la paciente y a cuyo funcionamiento se imputa el daño, el informe de la Inspección Médica y el trámite de audiencia a los interesados, que junto con la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia, pudiendo sintetizarse en los siguientes

extremos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad*

patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurre ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada “lex artis ad hoc”, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “lex artis ad hoc” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La “lex artis”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPAC, su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que “*en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes*”.

En esta misma línea, la STSJ Madrid, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia y valoración de la prueba pericial médica en el proceso judicial en materia de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria y que, mutatis mutandi, puede hacerse extensiva al procedimiento administrativo:

“...es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen.

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad”.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria.

Para la reclamante, la pérdida de la visión de su ojo derecho se debió a un cúmulo de actuaciones contrarias a normopraxis, pues considera que tanto la ruptura de la cápsula posterior durante la intervención de cataratas como la hemorragia retiniana acaecida en el curso de la segunda se produjeron por mala praxis durante las intervenciones. Del mismo modo, incidió en el resultado dañoso la demora en los tratamientos de las complicaciones surgidas en ambas operaciones, en particular la excesiva tardanza en ser revisada en el HUVA para valorar la cirugía de retina. Asimismo, alega la interesada la existencia de defectos en la información trasladada con carácter previo a las intervenciones dirigida a obtener su consentimiento para las mismas, así como falta u ocultación de información terapéutica, como manifestaciones adicionales de mala praxis médica.

Las imputaciones actoras se fundamentan, por tanto, en infracciones de la “lex artis ad hoc” que debió ser seguida por los facultativos que le prestaron asistencia. La determinación de si las circunstancias en que se desarrolló dicha asistencia, así como la valoración desde la técnica médica de las actuaciones y omisiones facultativas, exige la posesión de unos conocimientos médicos de los que carece este Órgano, por lo que habrá que acudir a los informes periciales y médicos que obran en el expediente y que han sido aportados por la actora y por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, así como al informe de la Inspección Médica.

I. De la ruptura de la cápsula posterior del cristalino y la caída de fragmentos cristalinos en el humor vítreo, durante la cirugía de cataratas del 5 de septiembre de 2022.

Para la reclamante, la aparición de esta complicación es demostrativa de mala praxis durante la intervención. Sin embargo, tanto el informe pericial aportado por la aseguradora del SMS como el informe de la Inspección Médica, consideran que esta complicación es inherente a la intervención y que puede ocurrir en las manos más expertas, por lo que su mera aparición no es demostrativa de mala praxis.

Por otra parte, del informe pericial que la actora une al procedimiento, se deriva que la decisión que recibe una valoración negativa por el perito informante no es la producción de la complicación en sí, sino la tardanza en instaurar el tratamiento necesario (vitrectomía) para resolver la complicación, que se demora 11 días, desde el 5 al 16 de septiembre. Así, señala que *“El momento óptimo de la realización de la vitrectomía no ha sido claramente establecido, pero la mayoría de los estudios sugieren que la vitrectomía temprana puede llevar a mejores resultados visuales y a tasas más bajas de glaucoma postquirúrgico. La evaluación preoperatoria de los pacientes que han sufrido la luxación de fragmentos del cristalino a la cavidad vítrea durante la cirugía de la catarata va a depender del momento en que se lleve a cabo la segunda cirugía, generalmente una vitrectomía a través de pars plana. Teóricamente, aunque no hay consenso, lo ideal sería que esta segunda cirugía se realizase en el mismo momento de la complicación quirúrgica, aunque ello conlleve una evaluación muy superficial del paciente. Sin embargo, en la mayoría de los casos la cirugía inmediata no va a ser posible, dada la dificultad de disponer de un cirujano de vítreo-retina y de la infraestructura necesaria para la realización de una vitrectomía "in situ", por lo que muchas veces se planteará una cirugía diferida”*.

Según el perito de la actora, por tanto, lo ideal habría sido realizar la vitrectomía de forma inmediata tras la aparición de la complicación, mas como lo habitual es que ello no sea posible por falta de la infraestructura necesaria, lo recomendable es que la vitrectomía se realice lo antes posible, para lograr mejores resultados visuales. No obstante, ha de advertirse que tales consideraciones se basan en estudios científicos no concluyentes. De ahí que señale que *“el momento óptimo de la realización de la vitrectomía no ha sido claramente establecido,...”* y que *“teóricamente, aunque no hay consenso, lo ideal sería que esta segunda cirugía se realizase en el mismo momento de la complicación quirúrgica...”*.

Por su parte, la perito de la aseguradora del SMS informa que *“El momento de realizar la vitrectomía depende de las circunstancias en que se encuentre el ojo. Hay estudios que apoyan intervenir precozmente y otros no encuentran diferencias significativas en hacer una vitrectomía inmediata o diferida. En términos generales, y suponiendo que no haya complicaciones significativas que obliguen a adelantarla, la vitrectomía debería realizarse dentro de la semana siguiente o dos primeras semanas”*. Más adelante, al examinar el caso concreto, informa que *“en el postoperatorio, como es frecuente en estas situaciones, se produjo un aumento importante de tensión ocular que fue tratada mediante antihipertensivos intravenosos, orales y tópicos que fueron ajustando para su control. Hasta la realización de la vitrectomía la paciente realizó revisiones frecuentes (6, 7, 9 y 12 de septiembre de 2022) y fue operada el 16 de septiembre de 2022, es decir, 11 días después. Como se ha mencionado anteriormente hay estudios que apoyan hacer una vitrectomía precoz y otros no encuentran diferencias significativas en hacerla de forma inmediata o diferida, si bien se recomienda realizarla dentro de la primera o dos primeras semanas. En el caso de que haya una hipertensión o una inflamación ocular importante que no cedan con tratamiento médico agresivo o la presencia de una hemorragia vítrea o desprendimiento de retina sí está indicado hacer una cirugía rápida. En este caso, la paciente tenía una hipertensión ocular que con el tratamiento médico se iba controlando, no se describe una inflamación importante y no hay constancia de que tuviera una hemorragia vítrea o un desprendimiento de retina que obligara a hacer la vitrectomía de forma inmediata. En los hallazgos que se recogen en la hoja de quirófano de cuando se realizó la vitrectomía se dejó reflejado que tenía restos capsulares suficientes para poner la LIO en sulcus y que tenía restos cristalinos en polo posterior y cámara anterior y no se recoge que tuviera un desprendimiento de retina o hemorragia vítrea. Por lo tanto, en ausencia de complicaciones mayores que habrían obligado a operar antes se considera que el tiempo que se tardó en hacer la vitrectomía para extraer los restos de cristalino están en un margen de tiempo admitido”*.

La Inspección Médica, por su parte, no advierte mala praxis en la secuencia de cirugía de cataratas, aparición de complicación quirúrgica, control postoperatorio y realización de vitrectomía días después: *“La actitud es correcta, ante la complicación sufrida, se remite la paciente al hospital para tratamiento quirúrgico, previo control en consulta y tratamiento médico del incremento de la presión intraocular que sufrió como complicación postoperatoria”*.

En una apreciación conjunta de la prueba pericial practicada respecto al extremo objeto de esta consideración, entiende el Consejo Jurídico que el mero hecho de la ruptura de la cápsula posterior, en tanto que riesgo típico de la intervención, no es demostrativa de mala praxis, y que la demora de 11 días en realizar la vitrectomía para resolver dicha complicación no puede calificarse de excesiva, habiendo sido controlada de forma exhaustiva la paciente en el período de espera entre cirugías y sin que conste la aparición de complicaciones postoperatorias, que hubieran obligado a anticipar la cirugía.

II. De la aparición de una nueva complicación (desprendimiento de retina hemorrágico) tras la vitrectomía del 16 de septiembre de 2022.

Para la reclamante, la aparición de esta nueva complicación es demostrativa de mala praxis quirúrgica. Frente a esta imputación, la perito de la aseguradora del SMS informa: *“Durante la vitrectomía que se realizó el 16 de septiembre de 2022 también se produjeron complicaciones. En la hoja de quirófano se recoge que el núcleo del cristalino dio un toque en la retina y se produjo una hemorragia. Pues bien, el que durante la vitrectomía para la extracción del núcleo luxado un fragmento de cristalino pueda golpear la retina y dañarla es algo que puede suceder y tampoco necesariamente implica mala praxis. Cuando el núcleo es duro o los restos son grandes y hay que utilizar el facofragmentador es posible que el faco escupa un trozo de cristalino y este pueda golpear la retina. En este caso un trozo de núcleo rozó la retina y produjo una hemorragia. En su caso, al tratarse de una paciente diabética con retinopatía era más fácil que se produjera el sangrado?? ?*

Por su parte, el perito de la actora no razona que la aparición de esta nueva complicación sea constitutiva de mala praxis, sino que centra su valoración negativa de la actuación facultativa en la actuación postoperatoria, tanto en el insuficiente control de la paciente como en la tardanza en remitirla al HUVA para valoración quirúrgica: *“... la nula recuperación visual tras la segunda intervención quirúrgica requería de estudios y/o pruebas necesarias para descartar -y tratar a tiempo- patología intraocular que motivase la pérdida visual. No fue hasta el 4 de octubre de 2022 -a los 19 días de la vitrectomía pars plana e implante de lente intraocular fijada en sulcus- cuando, mediante ecografía orbitaria modo B, se comprueba la existencia de desprendimiento de retina hemorrágico; ninguna actuación se hizo hasta entonces. Siendo ese mismo día derivada al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, donde no es atendida hasta 22 de Octubre (sic, en realidad noviembre) de 2022. Demasiado tarde, la visión era inexistente -sin percepción de luz- y el desprendimiento de retina era ya irreversible e irresoluble. Se le privó de la posibilidad de ser atendida conforme marca la ciencia médica. La patología referida exigía atención oftalmológica especializada, inmediata (vitrectomía y reflatamiento del núcleo cristalino) y la realización de exploraciones específicas (ecografía ocular) para determinar la procedencia de una cirugía ocular (del desprendimiento de retina) y mejorar el pronóstico visual, lo que en este caso supuso una evidente pérdida de oportunidad, esto es, incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud oftalmológica de la paciente”*. Califica lo actuado como negligencia médica, *“ya que por retrasos en actuar correctamente tras la primera intervención quirúrgica y acciones omisivas tras la segunda no se ha actuado con la diligencia médica exigida por las prácticas que rigen la profesión del profesional sanitario, es decir, por la Lex Artis Médica”*.

Para la perito de la aseguradora del SMS, la actuación tras el postoperatorio inmediato de la vitrectomía, entre el 16 de septiembre y el 4 de octubre de 2022, no es constitutiva de mala praxis, toda vez que la paciente se sometió a revisiones los días 17, 22 y 27 de septiembre, veía movimiento de manos y el fondo de ojo no se podía ver con claridad, aunque tenía reflejo rojo en los cuatro cuadrantes y la tensión ocular era normal. Informa que, *“Cuando el fondo de ojo no se puede ver con claridad lo ideal es hacer una ecografía para descartar un posible desprendimiento de retina. Sin embargo, tras una vitrectomía en la que el ojo está relleno de aire como parece que se dejó en este caso, la ecografía sale muy artefactada y no es útil, lo que puede justificar que no se hiciera. En la revisión que hizo el 4 de octubre de 2022, la paciente seguía con una agudeza visual de movimiento de manos y*

tenía una PIO muy baja. Esta bajada de PIO hacía sospechar la presencia de un posible desprendimiento de retina que confirmaron mediante ecografía". Es decir, el diagnóstico del desprendimiento de retina hemorrágico se alcanza cuando aparece un síntoma, la hipotensión ocular, que no existía antes del 4 de octubre, momento en que se decide realizar la ecografía, cuya no realización anterior se justifica en las condiciones del ojo y en la poca fiabilidad de la prueba que se derivaba de dichas condiciones.

Entiende el Consejo Jurídico que, frente a lo indicado por el perito de la reclamante, para quien entre el 16 de septiembre y el 4 de octubre de 2022 no se hizo nada, la historia clínica muestra que sí hubo revisiones de la paciente los días 17, 22 y 27 de septiembre, en los que se comprobó la agudeza visual (percibía movimiento de manos) y se tomó la presión intraocular, que se mantenía en valores normales. Fue un cambio en la situación de la paciente, la bajada de la presión intraocular, lo que determinó que se sospechara de la existencia de un desprendimiento de retina de origen hemorrágico, lo que se confirmó con una ecografía. En consecuencia, no se advierte que hasta este momento (4 de octubre de 2022) se hubiera incurrido en mala praxis por una eventual omisión de pruebas y cuidados postoperatorios de la paciente, o se produjera un indebido retraso diagnóstico del desprendimiento de retina.

III. De la tardanza en remitir a la paciente al HUVA para valoración quirúrgica del desprendimiento de retina.

Coinciden todos los peritos informantes y la Inspección Médica en que el tiempo transcurrido entre el momento del diagnóstico del desprendimiento de retina hemorrágico, el 4 de octubre de 2022, y su valoración por el Servicio de Oftalmología del HUVA, el 22 de noviembre de 2022, fue excesivo y que contribuyó a agravar el pronóstico visual de la paciente, ocasionándole la pérdida de visión irreversible de su ojo derecho. Así lo expresa el informe de la aseguradora del SMS:

"El tratamiento del desprendimiento de retina es quirúrgico y para ello la derivaron al HUVA en donde la vieron el 22 de noviembre de 2022, es decir más de un mes y medio después, que es un tiempo excesivo pues la cirugía de un desprendimiento de retina es una cirugía urgente que, aunque no inmediata, se debe hacer lo antes posible. Cuando se realizó la derivación al HUVA se tramitó como solicitud de asistencia programada sin que conste que la petición se realizara de forma preferente o urgente como se debería haber tramitado. Cuando la paciente fue vista en el HUVA el OD era amaurótico (no percibía luz) y la situación era inoperable".

En idéntico sentido, la Inspección Médica considera que *"la demora en la asistencia es excesiva para un caso como el analizado. La paciente habría sufrido una complicación intraoperatoria, una hemorragia retiniana, y en los controles postoperatorios no se podía explorar el fondo de ojo ni por tanto la retina. Cuando el día 04/10/2022 se realiza una ecografía se evidencia la existencia de un desprendimiento de retina hemorrágico, razonablemente relacionado con la hemorragia retiniana que presentó intraoperatoriamente. En este momento se remite al HCU Virgen de la Arrixaca, lo que es correcto, pero se realiza una remisión ordinaria sin carácter de urgencia/preferencia; como consecuencia, la propuesta sigue el cauce administrativo ordinario, y la paciente, como ya se ha comentado, no es valorada en el HCU Virgen de la Arrixaca hasta el 22/11/2022, un mes y 18 días después de realizarse la propuesta y dos meses y una semana después de la intervención en la que se produjo la hemorragia retiniana. En ese momento, el desprendimiento de retina se considera irresoluble y la paciente presenta amaurosis (pérdida de visión) en el ojo derecho. El tiempo transcurrido entre la segunda intervención, y más concretamente entre el diagnóstico de desprendimiento de retina y la valoración en el hospital Virgen de la Arrixaca, fue excesivo para una paciente con un desprendimiento de retina hemorrágico tras dos intervenciones complicadas".*

La decisión acerca del procedimiento utilizado para la derivación de la paciente al HUVA la adopta el oftalmólogo que la atiende el 4 de octubre de 2022. En efecto, en la historia clínica consta el informe de consulta externa correspondiente a dicha fecha, en el que el apartado tratamiento recoge la citada derivación en los siguientes términos: “Remito HUVA para valoración quirúrgica de desprendimiento de retina hemorrágico OD. Anexo 1”. La utilización del indicado Anexo o Modelo 1, lo es para “Solicitud de asistencia programada dentro o fuera de la Región”. Es decir, es el oftalmólogo del Hospital “Rafael Méndez” que firma dicha solicitud, quien decide que la valoración quirúrgica no es urgente, sin que haga constar en dicho impreso, que está normalizado para solicitar asistencia programada, que la asistencia que se pide sea urgente.

Con esta decisión se incurre en mala praxis.

IV. A modo de recapitulación, en atención a los informes técnicos obrantes en el expediente y valorados a la luz de la sana crítica, en las consideraciones precedentes hemos concluido lo siguiente:

a) No se advierte mala praxis durante las dos intervenciones quirúrgicas a las que se sometió la paciente, pues tanto las complicaciones que se produjeron en la operación de catarata (rotura de capsula posterior con luxación de fragmentos de núcleo a vítreo) como en la vitrectomía (hemorragia por roce en la retina de un fragmento de núcleo), son riesgos típicos de dichas intervenciones que constaban en los documentos informados firmados por la paciente y que pueden producirse aun cuando el oftalmólogo actúe con la debida diligencia.

b) La resolución de la complicación surgida durante la operación de cataratas se programó 11 días después de dicha cirugía y la paciente fue intervenida en un tiempo razonable.

c) No existe un retraso diagnóstico injustificado del desprendimiento de retina hemorrágico, pues aunque razonablemente éste se produjera durante la intervención de vitrectomía del 16 de septiembre y no fuera descubierto hasta el 4 de octubre, lo cierto es que durante todo ese período la paciente estuvo supervisada por Oftalmología y en las tres revisiones realizadas, se observó una agudeza visual de movimiento de manos y una tensión ocular normal. Cuando cambia esta situación y aparece un signo que puede estar relacionado con una lesión endoftálmica hemorrágica, como es la bajada de presión intraocular, se realiza una ecografía que permite diagnosticar el desprendimiento de retina.

d) La actuación indebida se produce tras el diagnóstico del desprendimiento de retina, pues si bien se decide correctamente derivar a la paciente a un Hospital capacitado para intervenir la patología diagnosticada, se yerra en el cauce utilizado para ello, pues se efectúa por un cauce ordinario y no urgente/preferente, que habría sido el procedente. Al utilizar el cauce ordinario, la paciente no es vista por el Servicio de Oftalmología del HUVA hasta el 22 de noviembre de 2022, cuando ya la visión del ojo derecho se ha perdido de forma irremisible.

QUINTA.- La doctrina de la pérdida de oportunidad.

Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sede Valladolid, número 152/2024, de 13 de febrero, la teoría de la pérdida de la oportunidad es de creación jurisprudencial y no se presenta con unos perfiles nítidos.

Como señalamos, entre otros, en nuestro Dictamen 168/2023, cabe recordar que la doctrina de la pérdida de oportunidad es una construcción jurisprudencial que permite una respuesta indemnizatoria de la Administración en supuestos en los que, aunque no se ha acreditado una actuación contraria a normopraxis, sí está presente un daño antijurídico que resulta de la asistencia sanitaria. También, cuando se produce un daño cuyo alcance no es enteramente imputable a la atención facultativa, pero existe una probabilidad de que, con el empleo de una mayor diligencia, se hubiera podido alcanzar otro diagnóstico o aplicar medidas terapéuticas diferentes, que habrían evitado el daño o, al menos, reducido su alcance y gravedad.

Así, la STS, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 3 de diciembre de 2012 (recurso de casación para unificación de la doctrina núm. 815/2012) expresa en este sentido:

“Podemos recordar la Sentencia de esta Sala y Sección de 27 de septiembre de 2011, recurso de casación 6280/2009, en la que se define la doctrina de la pérdida de oportunidad recordando otras anteriores:

Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009 (RJ 2009,8082), recurso de casación 1593/2008:

*“La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005 (...), como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007 (RJ 2007, 4993) configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis* que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio público. Sin embargo, en todos estos casos el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio público otros parámetros de actuación (...).”*

En el mismo sentido, la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª, de 3 de octubre de 2014, y la núm. 462/2018, de 20 de marzo, que explica cómo la razón de la acogida de esta doctrina por parte de la jurisprudencia radica en que se mueve en distinto plano al de la *lex artis* y que se sitúa en el terreno de la incertidumbre. En palabras de esta última sentencia, recordando la doctrina establecida en la del mismo Tribunal y Sala de 21 de diciembre de 2012, la doctrina de la pérdida de oportunidad *“existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma”*. En este sentido cumple señalar que se trata de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de responsabilidad (*“un régimen especial de imputación probabilística”, atendiendo a lo establecido por la Sala Primera de este Tribunal: Sentencia de 16 de enero de 2012*)”.

La Comisión Jurídica Asesora de Cataluña, en su Memoria correspondiente al año 2012, apunta que *“la doctrina de la pérdida de la oportunidad se presenta como un instrumento de facilitación probatoria que, aplicado con cautela y rigor, puede hacer nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración en aquellos casos en que es muy difícil probar en términos absolutos la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado dañoso, pero existe alguna probabilidad razonable de que el daño se habría podido evitar o de que el resultado habría sido diferente si la Administración hubiera actuado con una conducta más diligente”*. Se convierte, en definitiva, esta teoría en un mecanismo corrector del rigor probatorio que se exige en el ámbito de la responsabilidad patrimonial para la apreciación del nexo causal entre la asistencia sanitaria contraria a la *lex artis* y el daño.

Como recuerda la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 169/2018, de 6 de febrero, puede producirse una declaración de responsabilidad patrimonial sanitaria no sólo cuando se haya omitido la “lex artis ad hoc” que requería la asistencia sanitaria prestada a un ciudadano, que es el parámetro ordinario para determinar la antijuridicidad en este ámbito, sino también en aquellos supuestos en los que aunque no se haya acreditado que el tratamiento médico pautado al paciente fuera contrario a los cánones aceptados en cada momento por la ciencia médica, existe el convencimiento de que si se hubiera aplicado un tratamiento diferente o con criterios diferentes a aquél y que tampoco sería ajeno a los dictados de la ciencia médica, el resultado final sobre la salud o la vida del enfermo habría sido otro más beneficioso.

Explica el Alto Tribunal en esta sentencia su doctrina en los siguientes términos:

“Como se ha puesto de manifiesto por la doctrina, la teoría de la pérdida de oportunidad debe vincularse, dentro de la estructura general de la institución de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, en [con] el nexo causal, de tal forma que cuando se haya acreditado que el resultado lesivo tiene como causa directa e inmediata la asistencia sanitaria, que es contraria a la “lex artis”, se debe proceder a la indemnización de la lesión; en el extremo opuesto, cuando la asistencia sea correcta, el daño producido no es antijurídico y debe soportarlo el ciudadano.

Los supuestos de pérdida de oportunidad constituyen un supuesto intermedio porque se ocasiona cuando, producido el daño, la experiencia y el estado de la ciencia médica permite acoger la probabilidad de que un diagnóstico diferente al que fue correcto, podría haberlo evitado. No se olvide que el diagnóstico, según la misma jurisprudencia tiene declarado, no es sino un dictamen, una opinión sobre una situación presente a la que se anuda un tratamiento conforme al criterio de quien lo emite, pero que nunca garantiza un resultado. Y en esa situación de presente ha de moverse quien lo emite atendiendo a la realidad que se le presenta, en especial a los síntomas que se manifiestan en el paciente y sus propios conocimientos. Ahora bien, nada impide que una vez transcurrido el proceso del tratamiento aconsejado conforme a aquel diagnóstico, sea admisible poder concluir en que a la vista de aquellos síntomas podría haberse dado otro dictamen y tratamiento que, probablemente te habría evitado el daño o la habría podido disminuir”.

Así, este Consejo Jurídico ha estimado la existencia de una pérdida de oportunidad en supuestos en los que, si bien no pudo acreditarse que las decisiones terapéuticas fueron manifiestamente contrarias a la *lex artis*, lo cierto es que podrían haberse adoptado otras más acordes con la misma y que habrían mejorado el pronóstico de la enfermedad en términos de supervivencia o de calidad de vida (así, en los Dictámenes 356/2017 y 1/2022, entre otros).

La Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, número 462/2018, de 20 de marzo, intenta precisar el alcance de la doctrina: *“Tales resoluciones afirman ciertamente, como observa el recurso, que la doctrina de la pérdida de oportunidad constituye “una figura alternativa a la quiebra de la lex artis”; pero, se añade inmediatamente después, “que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio”.*

Es preciso, consiguientemente, reproducir la frase completa para que ésta adquiera todo su sentido, porque lo que se quiere así dar a entender, y no más, es que la pérdida de oportunidad puede hacerse valer más allá de la

infracción de la "lex artis" (en los casos en que tal quiebra no se ha producido) -siempre, según se añade, en presencia de un daño antijurídico, consecuencia del funcionamiento del servicio-.

En el sentido expuesto, su aplicación rebasa el ámbito en que ordinariamente despliega su eficacia la institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración en el concreto sector que nos ocupa de la asistencia sanitaria pública, en tanto que la infracción de la "lex artis" (responsabilidad por funcionamiento anormal de la Administración) constituye el criterio rector determinante de su procedencia en la mayor parte de las ocasiones.

(...)

En cualquier caso, y volviendo sobre el asunto de la pérdida de la oportunidad que es el que ha de centrar nuestra atención, lo que quiere significarse con la doctrina establecida en nuestras resoluciones que se traen a colación por la parte recurrente es, como antes dijimos, que su invocación puede formularse incluso sin quiebra de la "lex artis", no más".

Y añade el Fundamento de Derecho Noveno: *"Y no puede ser ello de otro modo, porque la razón de la acogida por parte de la jurisprudencia de esta doctrina se mueve en distinto plano que el de la "lex artis". Concretamente, se sitúa en el terreno de la incertidumbre, como, entre tantas otras, resaltan las resoluciones que precisamente cita la sentencia recurrida, nuestras Sentencias de 19 de octubre de 2011, (RC 5893/2006), y 22 de mayo de 2012, (RC 2755/2010): "la denominada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo".*

En definitiva, como afirma la Sentencia de 21 de diciembre de 2012 (rec. de casación 4229/2011), la doctrina de la pérdida de oportunidad *"existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma". En este sentido cumple señalar que se trata de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de responsabilidad ("un régimen especial de imputación probabilística", atendiendo a lo establecido por la Sala Primera de este Tribunal: Sentencia de 16 de enero de 2012)".*

En supuestos de demoras injustificadas de intervención quirúrgica, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia (por ejemplo, en la sentencia 317/2020, de 9 de julio, o en la 205/2021, de 14 de mayo) ha venido apreciando la concurrencia de una pérdida de oportunidad, doctrina ésta que se acoge por parte de la unidad instructora en la propuesta de resolución.

Ahora bien, ha de considerarse que la decisión de remitir a la paciente al HUVA por la vía ordinaria como si de una asistencia programada se tratara, en lugar de efectuar la remisión urgente e inmediata de la paciente al Hospital, es una decisión facultativa que constituye mala praxis, pues ya se ha indicado que todos los peritos y la Inspección Médica coinciden en que el tratamiento quirúrgico del desprendimiento de retina diagnosticado era urgente, máxime cuando la hemorragia retiniana ya llevaba dos semanas de evolución. Al no ser remitida la paciente por vía urgente determinó que cuando fue revisada por Oftalmología del HUVA, más de mes y medio después de la derivación, la pérdida de visión del ojo derecho fuera irreversible.

Por otra parte, aunque existe incertidumbre acerca del grado de funcionalidad visual que podría haber mantenido la paciente de habersele intervenido de forma precoz en los días siguientes al diagnóstico y derivación al HUCA, lo que sí es cierto es que la pérdida de visión se debió al error en la elección del cauce de derivación, pues están de acuerdo todos los técnicos informantes en que el tiempo entre el diagnóstico del desprendimiento de retina y la valoración quirúrgica fue excesivo y que ello determinó la amaurosis irreversible.

En tales circunstancias, entiende el Consejo Jurídico que no procede aplicar la teoría de la pérdida de oportunidad, pues esta doctrina aparece como una alternativa para poder declarar el derecho al resarcimiento en aquellos supuestos en los que el perjudicado sufre un daño antijurídico, aun cuando no se aprecie una mala praxis médica, y sea dudosa la existencia de relación causal entre la actuación u omisión médica y el daño, y no debe utilizarse como una vía para reducir el montante indemnizatorio, sobre la base de la incertidumbre en el devenir de los hechos. Y ocurre que, en el supuesto sometido a consulta, existe una decisión facultativa que no se ajustó a la *lex artis ad hoc* y que fue determinante de la pérdida de visión, pues aunque la intervención retiniana precoz no habría garantizado de forma absoluta la funcionalidad visual del ojo derecho de la paciente, lo cierto es que la demora en su práctica la condenó de forma irremisible, de modo que, tras dejar evolucionar libremente durante semanas un desprendimiento de retina hemorrágico, el resultado de amaurosis era el esperable.

En consecuencia, procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por la demora en la valoración quirúrgica del desprendimiento de retina, cuya urgencia no fue tomada en consideración al elegir el cauce de derivación de la paciente y, en consecuencia, ha de reconocerse el derecho de la reclamante a ser indemnizada por la pérdida de visión de su ojo derecho, que se considera causada por el deficiente funcionamiento del servicio público de salud.

SEXTA.- Quantum indemnizatorio.

I. Admitida la efectividad de la lesión, y establecida su conexión causal con el funcionamiento del servicio público sanitario, procede analizar la valoración del daño producido y la cuantía y el modo de la indemnización. Y se deben apuntar, para ello, las dos consideraciones iniciales siguientes:

a) La primera es que, aun de modo orientativo, resulta de aplicación en este supuesto el sistema de valoración que se contempla en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, modificado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

b) La segunda es que, como se apunta correctamente en la valoración de las indemnizaciones efectuada a instancia de la compañía aseguradora (Antecedente sexto de este Dictamen), puesto que la pérdida de visión se produjo en 2022, procede aplicar la Resolución de 23 de febrero de 2022, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

II. En el expediente constan dos informes de valoración de daño corporal que alcanzan conclusiones diferentes. Sobre la base de ambos informes, valorados por este Órgano conforme a las reglas de la sana crítica (artículo 348

de La Ley de Enjuiciamiento Civil), se procede a continuación a fijar el montante indemnizatorio que habrá de ser satisfecho a la reclamante.

1. Tiempo de curación o estabilización de las lesiones.

Ninguno de los informes periciales aportados por la reclamante y la aseguradora consideran procedente indemnizar por este concepto. El perito de la aseguradora razona que *“el retraso en la valoración impidió una posible cirugía, pero no prolongó el tiempo de estabilización”*.

En consonancia con dichos informes, no se valora tiempo de curación a efectos indemnizatorios.

2. Secuelas.

Ambos informes valoran la pérdida de visión del ojo derecho con 25 puntos, conforme a lo establecido en la Tabla 2.A.1, baremo médico, clasificación y valoración de las secuelas.

El apartado primero: “Clasificación de secuelas anatómico-funcionales”, dedica su Capítulo II a los “órganos de los sentidos/cara/cuello” y su apartado A) al “Sistema ocular”, estableciendo una valoración de 25 puntos para la lesión código 02004 “pérdida de visión de un ojo”. Se considera correcta esta valoración de 25 puntos en el supuesto sometido a consulta, ya que es evidente que la amaurosis, entendida como no percepción de luz, es equivalente a la pérdida total de la visión, como señalan los peritos.

No han de valorarse las secuelas de afaquia y colocación de lente intraocular, que el perito de la actora cuantifica en 5 puntos cada una. Tales lesiones no son debidas a la tardanza en la valoración quirúrgica del desprendimiento de retina, sino que, como señala el perito de la aseguradora, responden a la operación de cataratas inicial, en la que no se apreció la concurrencia de mala praxis alguna. Luego estas lesiones no estarían vinculadas causalmente con la infracción de la *lex artis*, apreciada únicamente con posterioridad a la segunda intervención, la vitrectomía.

3. Perjuicio estético.

Para el perito de la actora le corresponde una valoración de 6 puntos, por perjuicio estético ligero. Para el perito de la aseguradora, no se ha demostrado gráficamente el perjuicio estético, por lo que niega que proceda otorgar puntuación alguna a dicha lesión.

Es cierto que no se aporta una prueba gráfica del ojo de la paciente, mas también lo es que el informe de la Jefa de Servicio de Oftalmología del HUVA, evacuado a instancias de la instrucción, refiere que, en el momento de la revisión en ese servicio, el ojo presenta hipotonía ocular (*pthisis bulbi*), que se define como un proceso de atrofia

ocular y que evoluciona hacia un ojo encogido y de menor tamaño que el contralateral, apreciable a simple vista.

De ahí que sí quepa considerar la existencia de un perjuicio estético ligero, que conforme a la Tabla 2.A.1, Apartado segundo: “Capítulo Especial: perjuicio estético” oscila en una puntuación entre 1 y 6 puntos, por lo que, de conformidad con el informe pericial de la reclamante, procede otorgar 6 puntos por perjuicio estético.

4. Intervenciones quirúrgicas.

Para el perito de la reclamante, debe indemnizarse el sometimiento de la paciente a las dos intervenciones quirúrgicas que se le practicaron para la eliminación de la catarata y para la resolución de la complicación surgida durante la primera.

Para el perito de la aseguradora, no procede valorar estas cirugías, que fueron anteriores a la infracción de la *lex artis* que está en el origen del daño. Comparte esta consideración el Consejo Jurídico, pues las intervenciones quirúrgicas que podrían dar lugar a indemnización al amparo de lo establecido en la tabla 3.B del baremo, por remisión del artículo 140 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, serían aquellas a las que habría de someterse la paciente para revertir el daño padecido en su salud o para alcanzar una mejor calidad de vida tras la actuación médica contraria a normopraxis, pero no las que se derivan de la situación inicial o previa de la paciente y que no son imputables a la asistencia sanitaria recibida.

5. Pérdida de calidad de vida.

Existe una divergencia entre los dos informes de valoración en relación con este concepto. Para el perito de la reclamante el daño moral asociado a la pérdida de calidad de vida generada por la secuela de pérdida de visión monocular es de grado moderado, dada la afectación que dicha pérdida le produce a la interesada en su vida diaria y atendida la enfermedad del ojo izquierdo que también presenta, lo que lleva a la reclamante a solicitar una indemnización por este concepto de 59.000 euros. Para el perito de la aseguradora, sin embargo, no se habrían acreditado las circunstancias que permiten alcanzar ese grado, por lo que lo valora como leve y propone una indemnización por este concepto de 3.000 euros.

De conformidad con el artículo 107 del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, la indemnización por pérdida de calidad de vida tiene por objeto compensar el perjuicio moral particular que sufre la víctima por las secuelas que impiden o limitan su autonomía personal para realizar las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o su desarrollo personal mediante actividades específicas. De conformidad con el artículo 108.4, es moderado *“aquél en el que el lesionado pierde la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal”* y la pérdida de la actividad laboral o profesional. Se considera leve, por el contrario, *“aquel en el que la víctima pierde la posibilidad de llevar a cabo actividad o actividades específicas de su desarrollo personal”* o la limitación o pérdida parcial de la actividad profesional o laboral (artículo 108.5).

De conformidad con el artículo 109, cada uno de los grados del perjuicio se cuantifica mediante una horquilla indemnizatoria que establece un mínimo y un máximo expresado en euros. Los parámetros para la determinación

de la cuantía del perjuicio son la importancia y el número de las actividades afectadas y la edad del lesionado, que expresa la previsible duración del perjuicio. Para el año 2022, las horquillas indemnizatorias son las siguientes: Perjuicio leve, de 1.645,52 hasta 16.415 euros; para el grado moderado, de 10.970,10 hasta 54.850,51 euros.

Razona el perito de la reclamante que *“al tener visión exclusivamente monocular, con la consiguiente dificultad para el cálculo de las distancias, profundidad y estereopsis ... lo que sin duda le ha provocado dificultades y limitaciones en su autonomía personal para realizar actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria, para la deambulación (con elevado riesgo de caídas) y, en definitiva, un cambio en su forma de vida y una limitación importante en su quehacer diario y actividades específicas de desarrollo personal”*. A ello se suma que el ojo izquierdo no está sano, sino que padece una retinopatía diabética y presenta edema macular, lo que limita aún más a la paciente.

Es cierto, como apunta el perito de la aseguradora, que no se ha probado por la reclamante la pérdida relevante de sus actividades de desarrollo personal, más también lo es que resulta de las máximas de la experiencia que una persona que pierde la visión de un ojo, cuando la visión del ojo restante no es óptima (consta que su agudeza visual era del 0,5 en el ojo izquierdo, en el que presenta también edema macular), se va a ver limitada de forma importante para la realización de numerosas actividades. No obstante, ha de considerarse que la paciente, antes de la operación de cataratas, partía de una agudeza visual muy limitada en el ojo derecho, pues era de solo 0,5 (según consta en informe clínico de consulta externa de retina, de fecha 20 de octubre de 2021) y que, en atención a su edad (70 años) no cabe presumir que realizara actividad laboral o profesional alguna.

Con estos parámetros, entiende el Consejo Jurídico que el perjuicio personal particular por pérdida de calidad de vida ocasionado por las secuelas cabría calificarlo de leve, como señala el perito de la aseguradora. Cabe recordar que en anteriores Dictámenes (como el 218/2024) este Consejo Jurídico ha aceptado la valoración como leve del perjuicio personal asociado a la pérdida de visión de un ojo.

No obstante, la cuantificación de este perjuicio debería ser algo más elevada que la apuntada en el informe pericial, que no ofrece una mínima motivación para la fijación de la cantidad allí propuesta, de 3.000 euros. Para este Órgano consultivo, sin embargo, un resarcimiento adecuado del perjuicio sufrido por la interesada se ubicaría en el tramo medio de la horquilla indemnizatoria prevista para el grado leve, por lo que se considera más ponderada en atención a las circunstancias existentes, una indemnización en concepto de perjuicio personal particular derivado de las secuelas, de 7.500 euros.

En el supuesto del Dictamen antes citado, ese perjuicio se valoró en 15.000 euros, pero se trataba de una persona de 48 años, con actividad laboral y afectación a algunas tareas propias de su desempeño profesional.

III. Indemnización.

De conformidad con las bases de valoración y los razonamientos expuestos, la indemnización a satisfacer a la interesada asciende a las siguientes cantidades:

1. Secuelas: 25 puntos..... 31.226,51 euros

2. Perjuicio estético: 6 puntos.....4.759,12 euros

3. Pérdida de calidad de vida asociada a las secuelas...7.500 euros

TOTAL: 43.485,63 euros.

Esta cantidad habrá de ser actualizada conforme a lo establecido en el artículo 34.3 LRJSP.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución estimatoria parcial de la reclamación, toda vez que concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado y su antijuridicidad.

SEGUNDA.- La cuantía de la indemnización debe ajustarse a lo indicado en la Consideración sexta de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.