



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 11 de octubre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxxx* y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 4 de septiembre de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxxx, representado por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 6 de septiembre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 891/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación del mismo, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

**Primero.-** D. xxxxxx, con antecedentes de diabetes mellitus, en tratamiento con antidiabéticos orales e intervención de catarata en el ojo izquierdo el 30 de noviembre de 1999, ingresa en el Servicio de Oftalmología del Hospital de xxxxx para la realización de una intervención quirúrgica con



faciemulsificación e implantación de lente intraocular de una catarata en el ojo izquierdo. Dicha intervención se lleva a cabo el 27 de marzo de 2000, dándosele el alta el día 28 de marzo.

El 30 de marzo de 2000 ingresa de nuevo en urgencias por endoftalmitis postquirúrgica, instaurándose tratamiento médico. Posteriormente, el 1 de abril de 2000 se le practica una vitrectomía, produciéndose un desprendimiento de corioide y lesión en retina iatrogénica en el punto correspondiente a las tres horas. La evolución del paciente no es favorable, apreciándose el día 5 de abril de 2000 en un estudio ecográfico desprendimiento de coroides y hemorragia vítrea, por lo que el 7 de abril de 2000 se le vuelve a intervenir.

El paciente es dado de alta hospitalaria el 8 de abril de 2000, debiendo reingresar el día 16 de abril tras haberse detectado en consulta de 13 de abril de 2000 burbujas del PFCL. Es intervenido el 17 de abril de 2000 bajo anestesia general, produciéndose hemorragia por entrada a las 4, se realiza vitrectomía anterior y aplicación de laserterapia y crioterapia, así como intercambio de fluido-gas, y es dado de alta el 19 de abril de 2000.

El paciente es seguido en consulta externa por el Servicio de Oftalmología, apreciándose en las sucesivas revisiones retina aplicada, burbujas de silicona en cámara anterior y fibrosis subretiniana, por lo que se programa una nueva cirugía.

El 28 de marzo de 2001 se le interviene bajo anestesia general, realizándosele la retirada de silicona y el pelado de membrana subretiniana. El alta se produce el 30 de marzo, tras una evolución postoperatoria favorable, pasando a ser controlado en consulta externa.

En las revisiones posteriores se aprecia edema corneal y burbuja de silicona en cámara anterior, por lo que se plantea la retirada de la silicona, intervención que se realiza el día 17 de julio de 2001, siendo dado de alta el 19 de julio.

La última intervención, de acuerdo con los datos que obran en el expediente, es la realizada en el Hospital hhhhh el 9 de enero de 2002, consistente en una queratoplastia en ojo izquierdo por leucoma.



**Segundo.-** Con fecha 25 de febrero de 2003 D. xxxxxx, representado por D. yyyy, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por importe de 80.000 euros por los daños ocasionados en su ojo debido a la pérdida de visión tras la operación de cataratas.

Incorpora, junto a su escrito de reclamación, una copia del escrito de apoderamiento, los informes clínicos del Hospital de xxxxx y del Hospital hhhhh, así como el Auto de sobreseimiento de las diligencias previas 362/02 seguidas ante el Juzgado de Instrucción nº 2 de xxxx, de fecha 2 de mayo de 2002.

Asimismo, aporta el informe médico forense, de 3 de mayo de 2002, en el que se señala, en cuanto a las causas de la complicación surgida tras la intervención del interesado, lo siguiente:

“Dentro de los factores previos del paciente, que aumentan el riesgo de presentación de tal posibilidad, es necesario hacer referencia a la hipertensión arterial y a la presencia de diabetes mellitus, tanto la insulín como la no insulín dependiente. Dicha enfermedad sistémica, en su desarrollo produce la aparición de importantes alteraciones oculares, especialmente a nivel de los vasos sanguíneos de la retina. Es por tanto un factor nada desdeñable en la posible aparición de complicaciones oculares tras una operación de este tipo, condicionando además, de manera importante, la gravedad de las complicaciones.

»Esta patología no es a priori causa de exclusión total para la realización de una intervención quirúrgica de cataratas con facoemulsificación e implantación posterior de lente intraocular (...) es necesario realizar un control de su nivel de glucemia con el fin de determinar si este nivel permite una intervención quirúrgica con las garantías necesarias de éxito. Como se desprende de la documentación aportada dicho control se llevó a cabo por endocrinología el día de la intervención, esto es, el 27 de marzo del 2000, y según dicho documento los niveles de glucemia son los adecuados y no se pauta insulina en la operación.

»(...). La aparición de la endoftalmitis, por tanto, es una complicación descrita, posible (...) y completamente imposible de prevenir de manera completa su aparición.



»(...) a juicio del perito abajo firmante, las actuaciones médicas realizadas antes, durante, después y en relación con la intervención quirúrgica sufrida por el paciente sobre el ojo izquierdo en las fechas descritas, están, desde el punto de vista médico, conformes a protocolo y a las actuaciones médicas normales en este tipo de procesos, según los conocimientos actuales de la ciencia médica”.

**Tercero.-** Mediante escrito de 17 de marzo de 2003 se informa al interesado de los extremos a los que se refiere el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**Cuarto.-** Al expediente se incorpora la historia clínica correspondiente al interesado, en la que constan los documentos de consentimiento informado correspondientes a la intervención de vitrectomía (folios 7 y 95 de la historia clínica), de cataratas (folios 70 y 107 de la historia clínica) y de la anestesia general (folio 93).

**Quinto.-** El 15 de octubre de 2003 se emite el informe de la Coordinación de las Áreas de Inspección en el que se concluye:

“El germen responsable de esta endoftalmitis fue un *Staphylococcus epidermis*, germen perteneciente a la propia flora del paciente, por tanto ajeno al acto quirúrgico, que a pesar de las medidas adoptadas de povidona yodada y antibióticos locales contaminó el interior del ojo.

»El paso de contaminación del interior del ojo a endoftalmitis se vio favorecido por la condición de diabético del paciente que le hace más susceptible a padecer infecciones así como a una mayor gravedad de las mismas y a la rotura de la cápsula posterior del cristalino, como complicación intraquirúrgica de la cirugía de cataratas, que se ha relacionado con un mayor riesgo de endoftalmitis.

»La endoftalmitis padecida fue diagnosticada y tratada por el Servicio de Oftalmología del Hospital de xxxxx de forma precoz. Tratamiento que incluyó tanto la administración de antibioticoterapia vía intravítreo como vitrectomía posterior. Con dicho tratamiento se consigue el control del cuadro infeccioso, pero las sucesivas complicaciones que se fueron presentando como



consecuencia de éste y los sucesivos tratamientos desembocaron en una pérdida de visión en el ojo izquierdo de la enferma muy severa (en el que en el último informe del Hospital de xxxxx sólo tenía percepción luminosa); si bien, como es lógico, no tuvieron ninguna repercusión sobre el ojo contralateral”.

**Sexto.-** El 21 de enero de 2004 tiene entrada el escrito en el que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad Civil pone de manifiesto que ha considerado que no procede acceder a la solicitud de indemnización. Se apoya para ello en un informe emitido el 12 de enero de 2004 por el perito del seguro, en el que señala:

“La endoftalmitis es una complicación grave de la cirugía de la catarata que no se puede prever y que se puede presentar a pesar de haber aplicado las medidas de profilaxis al alcance.

»El desarrollo de la endoftalmitis se vio favorecido por la diabetes que el paciente padecía y por la rotura de la cápsula posterior que se produjo durante la intervención.

»El diagnóstico de endoftalmitis y la aplicación del tratamiento se realizaron de forma precoz y fueron adecuados. A pesar de ello la evolución no fue la deseada, presentándose sucesivas complicaciones que obligaron a nuevas intervenciones que desembocaron en la pérdida de visión del OI.

»El paciente conocía la posibilidad de que como complicación de la intervención podía surgir una infección que ocasionara la pérdida de visión ya que figura descrito en el consentimiento informado firmado por él”.

**Séptimo.-** Mediante escrito de 18 de febrero de 2004, concluida la instrucción del expediente, se da audiencia del mismo al interesado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.

El 5 de marzo de 2004 el representante del interesado tiene vista del expediente mediante comparecencia personal, y el 29 de marzo de 2004 se



expide una diligencia para hacer constar que, finalizado el plazo de presentación de alegaciones, el interesado no ha presentado escrito alguno.

**Octavo.-** El 13 de junio de 2005 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta desestimatoria de la reclamación planteada.

**Noveno.-** El 31 de julio de 2006 se formula la propuesta de orden de la Consejería de Sanidad por la que se desestima la reclamación presentada.

**Décimo.-** El 4 de agosto de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, es preciso hacer una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente y



excesiva tardanza en su tramitación, lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que conllevaría necesariamente en la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración se concediera, en su caso, al reclamante mediante la oportuna resolución.

**3ª.-** Concurren en el reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece que “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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.



b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia 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.

**5ª.-** El supuesto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. xxxxxx, representado por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

En cuanto al ejercicio del derecho a reclamar en el plazo legalmente establecido, es preciso tener en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Supremo existente en torno al artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, para el caso de que medie la sustanciación de una causa criminal. En la sentencia de la Sala 3ª y Sección 6ª de 16 de mayo de 2002 consta en el fundamento de derecho segundo lo siguiente:





“La Jurisprudencia de esta Sala, por todas sentencias de 23 de enero de 2001, afirma que la eficacia interruptiva de un proceso penal sobre los mismos hechos determinantes de la responsabilidad administrativa debe reconocerse en aplicación de la doctrina sentada por la jurisprudencia consistente en que el cómputo del plazo para el ejercicio de la responsabilidad patrimonial no puede ejercitarse sino desde el momento en que ello resulta posible por conocerse en sus dimensiones fácticas y jurídicas el alcance de los perjuicios producidos –que tiene su origen en la aceptación por este Tribunal (Sentencias de la Sala tercera de 19 de septiembre 1989, 4 de julio 1990 y 21 de enero 1991 del principio de *actio nata* (nacimiento de la acción) para determinar el origen del cómputo del plazo para ejercitarla, según el cual la acción sólo puede comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad–, de tal suerte que la pendencia de un proceso penal encaminado a la fijación de los hechos o del alcance de la responsabilidad subsidiaria de la Administración comporta dicha eficacia interruptiva del plazo de prescripción de un año establecido por el artículo 142.5 de la Ley de Procedimiento Administrativo Común”.

No es obstáculo a esta apreciación el hecho de que el artículo 146.2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común –en su redacción originaria– establezca que no se interrumpe el plazo de prescripción para iniciar el procedimiento de reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración por la exigencia de responsabilidad al personal al servicio de las Administraciones Públicas, salvo cuando la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial.

En efecto, la adecuada interpretación de este precepto legal exige considerar que la interrupción de la prescripción por iniciación del proceso penal se produce en todos aquellos casos en los cuales dicho proceso penal versa sobre hechos susceptibles en apariencia de ser fijados en el mismo con trascendencia para la concreción de la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues otra interpretación colocaría al administrado en una situación de inseguridad jurídica derivada de la incertidumbre sobre el futuro desenlace del proceso penal iniciado.



Puesto que el Auto de sobreseimiento de las diligencias previas 362/02 iniciadas con motivo de los hechos en virtud de los cuales el interesado reclama es de fecha 2 de mayo de 2002, y la reclamación se presentó con fecha 25 de febrero de 2003, ha de considerarse que el reclamante ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

**6ª.-** En cuanto al fondo del asunto que se dirime en el presente expediente, a la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo al señalar que al implicar la asistencia sanitaria la existencia de una obligación de medios, no de resultados (sentencias TS de 9 de diciembre de 1998 y 11 de mayo de 1999), en ocasiones la jurisprudencia (sentencia sala 3ª TS de 10 de febrero de 1998, Sala 3ª) ha hecho depender la obligación de indemnizar de la vulneración o no de la *lex artis ad hoc*. En este sentido la sentencia TS de 22 de diciembre de 2001 razona que "cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una 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 éste obedece a la propia enfermedad o a las propias dolencias del paciente".

La anterior tendencia objetivadora no puede, sin embargo, hacernos olvidar que cuando nos encontramos en presencia de una actividad administrativa como la que nos ocupa, esto es una prestación pública en el ámbito sanitario, una traducción mecánica del principio de objetividad en la construcción del instituto resarcitorio puede provocar resultados no sólo



contrarios a un elemental principio de justicia sino incluso a la propia y concreta función del instituto indemnizatorio. De hecho, la jurisprudencia ha repetido incansablemente que este instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (sentencias de 7 de febrero de 1998, 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002).

En la actividad administrativa que nos ocupa convergen la acción de la propia Administración pero también el estado físico del usuario del servicio y el curso natural de los procesos, cuyo resultado final la ciencia o la técnica, en el momento actual de los conocimientos, puede no ser capaz de evitar o minorar. La exigencia de responsabilidad patrimonial a la Administración en estos supuestos olvida que en el ámbito de la acción prestacional sanitaria la obligación no puede concebirse como una obligación de resultado, la sanación completa del individuo, sino de medios. No pudiendo ampararse esa construcción tampoco en los derechos reconocidos en los artículos 41 y 43 de nuestra norma suprema, pues en ésta se consagra un derecho a la protección de la salud no un derecho a la salud, este último de imposible garantía.

Una lectura distinta del sistema de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas convertiría al mismo en una suerte de aseguramiento universal no ya de todos los riesgos sociales, tesis expresamente rechazada por nuestra jurisprudencia, sino incluso del actuar irreversible de procesos naturales inevitables.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc* respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.



**7ª.-** En este caso será necesario determinar, en primer lugar, si la asistencia sanitaria prestada al interesado por el Hospital de xxxxx fue o no ajustada a la *lex artis ad hoc*, debiendo ponderarse para ello si las actuaciones llevadas a cabo en los mismos fueron o no las adecuadas.

En el supuesto que nos ocupa queda demostrada la existencia de un hecho dañoso sufrido por el paciente. De igual modo existe una conexión fácilmente apreciable entre la intervención de cataratas que se le realizó y la endoftalmitis que sufrió con posterioridad y que derivó finalmente en la pérdida de visión en el ojo operado.

Ahora bien, aun cuando éste sea el resultado conseguido tras la asistencia sanitaria prestada al paciente, no es un dato que sirva para concluir de forma definitiva que existe responsabilidad patrimonial de la Administración debido a los daños sufridos por aquél. En efecto, será necesario determinar si la asistencia sanitaria prestada al interesado ha respetado las exigencias de lo que se considera como una correcta actuación médica, ya que si no puede demostrarse que se infringieron los dictados impuestos por la *lex artis ad hoc*, no podrá hablarse de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Tal y como indican los informes técnicos incorporados al expediente, durante la intervención la única incidencia reseñable fue la rotura de la cápsula posterior del cristalino y, para evitar la infección, se adoptaron las medidas admitidas por la comunidad científica e incluso alguna adicional, siguiendo las prescripciones de lo que aconseja la observancia de la buena praxis médica.

No obstante, y a pesar de que se han cumplido los estándares de seguridad y asepsia actualmente exigibles, no se pudo evitar la endoftalmitis, complicación posible tras la cirugía de cataratas.

El interesado sugiere que el germen alcanza el interior del ojo por una desinfección de párpados y conjuntiva inadecuada o por una cirugía inadecuada, pero no demuestra esta relación de causalidad. Por el contrario, todos los informes practicados insisten en señalar que la complicación es inevitable y que se puede presentar a pesar de haberse adoptado, como es el caso, todas las medidas de profilaxis posibles.



Es más, en cuanto a las causas que propiciaron la aparición de la infección desencadenante de las fatales consecuencias, debe considerarse, a la luz del informe de la Inspección Médica, que “el germen responsable de esta endoftalmitis fue un *Staphylococcus epidermis*, germen perteneciente a la propia flora del paciente, por tanto ajeno al acto quirúrgico, que a pesar de las medidas adoptadas de povidona yodada y antibióticos locales contaminó el interior del ojo”.

**8ª.-** Del análisis de lo hasta ahora expuesto puede deducirse que, en este caso, se ha producido fatalmente la actualización del riesgo de infección intraocular que, aunque de forma inusual, conlleva la propia intervención de cataratas, riesgo que era conocido por el paciente, según se desprende del documento de consentimiento informado que él mismo firmó. Así, según consta en los antecedentes de hecho, el interesado firma el documento de consentimiento informado (folios 70 y 107 de la historia clínica), en el que, entre otros, se le advierte del riesgo de “pérdida ocular por hemorragia expulsiva o por infección grave o panoftalmía, ocurriendo estadísticamente estas complicaciones en menos del 1% de las intervenciones”.

Respecto a la cuestión del consentimiento informado procede traer a colación, tal y como ya puso de manifiesto este Órgano Consultivo en su Dictamen 101/2006, de 9 de febrero, la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo) de 4 de abril de 2000, en la que se indica:

“Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.

»El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No cabe, sin embargo, olvidar que la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada –puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente– y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica –no cabe excluir incluso



el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión–, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario”.

Podemos concluir que en el caso que nos ocupa falta, por una parte, la relación de causalidad entre el daño sufrido por el reclamante y la actuación de los servicios sanitarios, al no haberse acreditado por el reclamante ni que se haya actuado en contra de los criterios marcados por la *lex artis* ni que, de haber obrado de otro modo, se habría evitado la infección producida ni la hemorragia que ocasionó, directamente, la pérdida de la visión. Por ello, y “recayendo sobre la (parte) recurrente la carga de la prueba de que el resultado final producido de la pérdida de la visión se había debido a la actuación de la Administración, y que bien la infección o la hemorragia se podrían haber evitado mediante la adopción de alguna medida específica de higiene o profilaxis, (se) concluye que estando acreditado por los informes del expediente que el germen que provocó la infección es de carácter endógeno del propio paciente y no de carácter hospitalario, ninguna relación causal puede tener el daño con la actividad administrativa” (en este mismo sentido, Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004).

Por otra parte, existiendo el documento del consentimiento informado, también falta la nota de antijuridicidad del daño y, con ello, del título de imputación a la Administración del resultado lesivo producido.

De todo ello resulta que “ante la inexistencia del nexo causal (...), y la inexistencia de antijuridicidad en el daño, (...) el paciente estaba obligado a soportar (el daño) al haberse acomodado la actuación hospitalaria y la prestación del correspondiente servicio a los principios informadores de la *lex artis*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004), razón por la que procede dictar resolución desestimatoria en el expediente sometido a dictamen.



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxxx, representado por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.