



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero  
Sr. Pérez Solano, Consejero y  
Ponente

Sr. Quijano González, Consejero  
Sr. Nalda García, Consejero  
Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Sagarra Renedo, Secretario  
accidental

Excusa su ausencia:

Sr. Fernández Costales, Consejero

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 7 de julio de 2004, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de xxxxx xxxxx xxxxx, representado por D. yyyyyyyyyy*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus com-petencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 19 de mayo de 2004 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 xxxxx xxxxx xxxxx, representado por D. yyyyyyyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la atención sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 21 de mayo de 2004, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 309/2004, 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. Pérez Solano.



**Primero.-** El 11 de junio de 200x, xxxxx xxxxx xxxxx (tres años de edad), tras sufrir un traumatismo en el ojo izquierdo con un sacacorchos, es atendido en el Centro de Salud de xxxxx, siendo derivado al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhhhhhh. Sin embargo, el paciente es trasladado al Servicio de Urgencias de la Clínica rrrrrrrrrr, clínica privada no concertada con el SACyL, siendo la impresión diagnóstica tras la exploración de posible erosión corneal que precisa evaluación por un oftalmólogo, por lo que es derivado nuevamente al Hospital hhhhhhhhhh.

El paciente ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh el 12 de junio de 200x a las 0:14 horas, siendo atendido por el facultativo de guardia a las 1:45 horas. En la exploración, realizada con lámpara de hendidura, se observa en el ojo izquierdo una pequeña úlcera corneal. La exploración es muy dificultosa dada la edad del enfermo, siendo necesaria la colaboración de tres facultativos del Servicio para poder realizarla, por lo que se le sugiere de forma verbal a la familia la posibilidad de explorar al paciente en quirófano bajo anestesia general, posibilidad que es rechazada. La impresión diagnóstica final es la de úlcera corneal, prescribiéndose tratamiento con Oftalmolosa cusí, Tobrax y oclusión ocular durante 48 horas.

**Segundo.-** El 13 de junio de 200x el enfermo es atendido en una consulta privada en el Instituto vvvvvvvv de Castilla y León, diagnosticándosele una herida corneal con hernia de iris, remitiéndole al Hospital hhhhhhhhhh para tratamiento quirúrgico.

El paciente ingresa en el Hospital hhhhhhh ese día con el diagnóstico de herida perforante corneal para intervención quirúrgica, intervención que se realiza con carácter urgente bajo anestesia general y en la que se repara la córnea y se explora el globo ocular.

El 14 de junio de 200x, no puede explorarse el ojo intervenido por no colaborar el paciente, indicando la necesidad de explorar bajo anestesia general. Ese día se pauta el inicio de tratamiento antibiótico.

El 15 de junio de 200x, se le explora bajo anestesia general apreciando una pupila centrada, herida bien coartada, catarata intumesciente sin apreciarse masas. La exploración termina con la oclusión ocular.



Tras estudio ecográfico, se programa intervención de la catarata traumática, previo consentimiento informado del padre del menor, realizándose el 18 de junio de 200x, bajo anestesia general. Se practica facoaspiración más rexis posterior y vitrectomía anterior, siendo implantada la lente intraocular con óptica atrapada en rexis posterior. En el postoperatorio el paciente presenta edema palpebral, no permite la exploración y son pautados corticoides, produciéndose el alta hospitalaria el 21 de junio de 200x con indicación de tratamiento médico y revisión en consultas externas.

El paciente continúa con revisiones en consultas externas, reingresando en el Servicio de Oftalmología del Hospital hhhhhhhh el 23 de julio de 200x para la retirada de los puntos corneales del ojo izquierdo.

El alta hospitalaria se produce el 25 de julio de 200x, continuando con revisiones en las consultas externas en el Hospital hhhhhhh, la última el 6 de septiembre de 200x, en la que el enfermo presenta sinequia anterior en la zona de perforación ocular, penacho vítreo, área pupilar limpia y lente intraocular sin depósitos. No se realizan nuevas consultas, ya que ADESLAS no las autoriza.

**Tercero.-** Mediante escrito presentado el 2 de julio de 200x ante la Oficina Municipal de Información al Consumidor de xxxxxx, remitido a la Gerencia de Salud de las Áreas xxxxxxxx, D. yyyyyyyyyyy formula reclamación por considerar que la lesión que sufre su hijo, xxxxx xxxxx xxxxx, en el ojo sería menor si se le hubiera atendido con prontitud cuando acudieron a Urgencias del Hospital hhhhhhhh. No se valora el importe de la reclamación.

**Cuarto.-** Constan en el expediente la historia clínica del Hospital hhhhhh, así como los informes de las unidades médicas y profesionales que a continuación se detallan:

- Informe del Hospital hhhhhh del Jefe de la Unidad de Urgencias, Dr. nnnnnnn, de 29 de julio de 200x, en el que se realizan las siguientes consideraciones sobre la asistencia prestada el día 12 de junio de 200x en el Servicio de Urgencias:



“(…) acudió al Servicio de Urgencias el paciente xxxxx xxxxx xxxxx refiriendo la familia que había padecido un traumatismo ocular con un sacacorchos.

»La exploración ocular inicial fue muy dificultosa dada la falta de colaboración por la edad del paciente (...).

»Fue visto a lámpara de hendidura en tres ocasiones, no observándose otra alteración más que una úlcera corneal.

»(...) se sugirió verbalmente a la familia la posibilidad de ser explorado en quirófano bajo anestesia general, siendo desestimada (...).

»Se pautó tratamiento con pomada antibiótica y oclusión ocular, recomendando verbalmente revisión por su oftalmólogo”.

- Informe emitido por el Jefe de Servicio de Oftalmología, Dr. mmmmmmm, el 31 de julio de 200x, en el que tras valorar la secuencia de hechos desde el ingreso en el Servicio el día 13 de junio de 200x, con carácter urgente con el diagnóstico de perforación ocular en OI, señala lo siguiente respecto a la alegación del recurrente sobre el posible retraso diagnóstico:

“(…) las lesiones (perforación corneal con el daño en el cristalino –catarata traumática–) eran las mismas el día 12 (que acude a urgencias) y el día 13 (que ingresa tras acudir de nuevo). La principal complicación que podría haberse derivado de un retraso diagnóstico es una infección ocular, algo que no ocurrió gracias fundamentalmente al tratamiento con pomada antibiótica pautado el día 13 desde Urgencias cuando se sospechó una úlcera corneal”.

- Informe de la Inspección Médica, de 5 de noviembre de 200x, que concluye:

“(…) Como consecuencia de este tratamiento el paciente D. xxxxx xxxxx xxxxx es atendido la madrugada del día 12/06/200x en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh, donde se produce un error diagnóstico al considerar como úlcera corneal lo que era una perforación ocular. Este error se produjo a pesar de utilizar los medios diagnósticos adecuados y se vio



favorecido por lo dificultosa que resultó la exploración del paciente de tres años de edad, lo que llevó a sugerir a la familia la posibilidad de explorarlo bajo anestesia general, posibilidad que fue rechazada por la misma.

»Esta misma dificultad exploratoria también se había producido en el Servicio de Urgencias de la Clínica rrrrrrrr, primer centro hospitalario al que es llevado el paciente tras el traumatismo y en el que también se había llegado a la misma impresión diagnóstica de erosión corneal. Asimismo también se presentó en el Servicio de Oftalmología del Hospital hhhhhh llevando a la necesidad de aplicar anestesia general al paciente para poder proceder a su exploración.

»La perforación ocular fue diagnosticada el día 13/6/200x, momento en el que el paciente presentaba herniación del iris, haciendo precisa la intervención quirúrgica urgente para su sutura y reposición del iris en su ubicación natural, siendo diagnosticada posteriormente una catarata traumática que precisó ser intervenida el día 18/6/200x. El hecho de que la perforación ocular no hubiese sido diagnosticada en un primer momento no supuso ningún agravante sobre el estado del paciente ya que la complicación que este retardo pudiera haber ocasionado, que consistiría en una infección ocular, no llegó a producirse, teniendo la catarata traumática padecida por el paciente una relación de causalidad exclusiva con el efecto traumático sobre el cristalino del objeto perforante”.

- Informe de la Dra. zzzzzzz, de 27 de enero de 200x, a petición de la compañía de seguros ssssssss, en el que se concluye:

“1. El paciente sufrió un traumatismo en el ojo izquierdo con un sacacorchos.

»2. En el servicio de urgencias del Hospital hhhhhh donde fue atendido se le diagnostica de úlcera corneal y no de la perforación ocular que presentaba.

»3. Los medios de que se disponía eran adecuados para realizar el diagnóstico de perforación ocular.



»4. El error diagnóstico que se produjo se vio favorecido por la dificultad de exploración del paciente debido a su corta edad.

»5. La familia rechazó la posibilidad que se le ofreció de realizar en el servicio de urgencias una exploración con anestesia general.

»6. El mismo error diagnóstico cometido en el servicio de urgencias del Hospital hhhhhhhh se produjo en un centro privado al cual el paciente había acudido previamente.

»7. La perforación ocular se diagnosticó dos días después presentando en ese momento una hernia de iris.

»8. En cuanto se realizó el diagnóstico de perforación ocular se procedió al ingreso del paciente y a la reparación quirúrgica de los daños ocasionados.

»9. Como complicaciones del traumatismo perforante surgieron una hernia de iris y una catarata traumática. La hernia de iris podría haberse evitado en el caso de haber sido reparada antes la perforación corneal. En cualquier caso no tuvo consecuencias. La catarata traumática surge como consecuencia del propio traumatismo y no se podía evitar aunque el diagnóstico se hubiese realizado antes.

»10. Las secuelas que el paciente padecía en la última revisión realizada, el 06/09/0x, eran las derivadas del propio traumatismo y no como consecuencia de la demora en el diagnóstico".

**Quinto.-** Realizado el trámite de audiencia, el interesado plantea, el 9 de mayo de 200x, un escrito de alegaciones ratificando las manifestaciones realizadas en su escrito anterior y negando que se le sugiriera la posibilidad de que el niño fuera explorado en quirófano bajo anestesia general y que él lo desestimara. Añade que "el primero de los médicos intervinientes comentaba: «Debería verle el oftalmólogo y quizás, no estoy seguro, anestesiarlo»". Afirma que no es verdad que se le recomendase la revisión por un oftalmólogo.

**Sexto.-** El 20 de abril de 2004 se formula una propuesta de orden desestimando la reclamación formulada.



**Séptimo.-** El 5 de mayo de 2004 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden 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.

**3ª.-** Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. 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 Autónoma de Castilla y León.

Además, el interesado 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. En efecto, consta que lo hizo con fecha 2 de julio de 2002, y los hechos ocurrieron en el mes anterior.



**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 Autónoma 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.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación formulada por D. yyyyyyyyyy, en nombre y representación de xxxxx xxxxx xxxxx, como consecuencia de los daños y perjuicios que considera se le han originado por la asistencia sanitaria que le fue prestada.

La propuesta de resolución entiende que debe desestimarse la reclamación, señalando lo siguiente:

“El análisis de la documentación que conforma el expediente administrativo permite afirmar que no puede proclamarse tal responsabilidad patrimonial en atención a que no concurre ni el requisito de la relación de causalidad entre el daño invocado por el padre del paciente ni el de la antijuridicidad del daño sufrido por el mismo”.

Este Consejo comparte las conclusiones formuladas por la propuesta de resolución, a la vista de la documentación examinada y teniendo en consideración especialmente los informes técnicos que constan en la misma.

En relación con la causalidad, la propuesta se manifiesta en los siguientes términos:

“El daño sufrido por el paciente, es un daño derivado de la evolución de su patología que no puede evitarse por el servicio sanitario, pese a que por éste, como veremos, se presta la asistencia exigida por la *lex artis ad hoc*. Si la actuación de los profesionales que asistieron al paciente no se hubiera ajustado a la buena praxis, poniendo todos los medios a su alcance en atención a los signos y síntomas que prestaba la misma, sí podría mantenerse que la actuación del servicio sanitario ha incidido, siquiera indirectamente, en el daño.

»Sin embargo, desde el momento que la asistencia se ha prestado cumpliendo totalmente con las exigencias de la buena praxis debe afirmarse que no existe el exigido requisito de la relación de causalidad. El error de



diagnóstico en el que se dice que ha incurrido el servicio sanitario no ha influido en el desarrollo de la patología del paciente y carece de conexión causal con el resultado”.

Se consideran correctos estos razonamientos, que tienen su base en los informes médicos que figuran en el expediente, no contradichos por la parte reclamante con ninguna prueba equivalente. El error de diagnóstico debe relativizarse, dadas las difíciles circunstancias en las que se llevó a cabo el examen del niño lesionado. Este Consejo, además, no ve motivo para dudar del informe del Jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital hhhhhhhh, de 29 de julio de 200x, donde se afirma que se sugirió verbalmente a la familia la posibilidad de ser explorado en quirófano bajo anestesia general, siendo desestimada. Debe apreciarse que el reclamante en sus alegaciones incurre en cierta vacilación al negar que se le ofreciera esa posibilidad, pues afirma que uno de los médicos intervinientes comentaba: “Debería verle el oftalmólogo y quizás, no estoy seguro, anestesiarlo”.

Pero, en cualquier caso, es determinante el hecho de que ese diagnóstico inicial, aunque pudiera calificarse de erróneo, no influyó en el resultado lesivo. Al respecto es significativo lo sostenido por el Médico Inspector en su informe de 5 de noviembre de 200x, en el que se asegura lo que sigue:

“El hecho de que la perforación ocular no hubiese sido diagnosticada en un primer momento no supuso ningún agravante sobre el estado del paciente ya que la complicación que este retardo pudiera haber ocasionado, que consistiría en una infección ocular, no llegó a producirse, teniendo la catarata traumática padecida por el paciente una relación de causalidad exclusiva con el efecto traumática sobre el cristalino del objeto perforante”.

En cuanto a la antijuridicidad, es preciso recordar la teoría de la *lex artis*, que desde hace años constituye un límite preciso de la objetiva responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Esta teoría se ha ido afinando por la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, de 7 de junio de 2001, 5 de marzo de 2002 y 14 de octubre de 2002) y por la constante doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes 81/02, 3657/02 y 3623/03). Parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios



–recordamos aquí el primer pronunciamiento del Tribunal Supremo que generaliza tal criterio, la Sentencia de 26 de mayo de 1986–, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas, o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamiento no quirúrgico y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico), mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Sin perjuicio de lo señalado en cuanto al error de diagnóstico, cabe concluir, en el presente caso, a la vista de los informes obrantes en el expediente, que es difícil hablar de infracción de la *lex artis*, habida cuenta de que la atención prestada al menor fue la adecuada, teniendo en cuenta el conjunto de circunstancias presentes en el caso (revisión en urgencias, menor de tres años de edad que entorpece sobremanera el examen del ojo, etc.).

Por último, en su fundamento de derecho sexto, la propuesta de resolución afirma:

“Más significativo aún que la valoración de la juridicidad del daño es la propia ausencia de daño derivado de toda la asistencia médica. Ya se ha demostrado que no hay nexo causal, pero es que, además, las pequeñas secuelas (afortunadamente) que se describen (catarata traumática) tienen su origen en la perforación sufrida por el niño, acontecimiento al que es ajeno la Administración Sanitaria. Como se indicó en el Fundamento IV, obedecen a la



propia evolución de su patología. Así se han pronunciado todos los informes evacuados y así ha sido asumido también por D. yyyyyyyyyyyyyy”.

El Consejo comparte este juicio, que tiene nuevamente apoyo en la documentación obrante en el expediente, especialmente en los informes de la Inspección Médica y del Médico Especialista, Dra. zzzzzzzz. Este último, concluye de modo determinante:

“La hernia de iris podría haberse evitado en el caso de haber sido reparado antes de la perforación corneal. En cualquier caso no tuvo consecuencias. La catarata traumática surge como consecuencia del propio traumatismo y no se podía haber evitado aunque el diagnóstico se hubiera realizado antes”.

### **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 xxxxx xxxxx xxxxx, representado por D. yyyyyyyyyyyy, 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.