



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y
Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 9 de febrero de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx*, 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 10 de enero 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 por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 13 enero de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 101/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, 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. Quijano González.

Primero.- Con fecha 27 de mayo de 2003, D. xxxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en la Clínica de xxxxx, solicitando que se le indemnice por la pérdida del ojo derecho así como por la



prótesis, hospitalización y desplazamientos que conlleva la colocación de la prótesis externa.

Segundo.- Los hechos, recogidos en el informe del inspector médico, Dr. D. mmmm, son los siguientes:

“D. xxxxx, nacido el 12/10/1994, es consultado el día 13/3/2003 en el Servicio de Oftalmología del Hospital hhhhh, donde se diagnostica una catarata completa en ojo derecho que se clasifica como catarata nuclear y subcapsular posterior, siendo la agudeza visual en ese ojo de contar dedos a 50 cm; en ese momento el ojo izquierdo es normal. El paciente es anotado en lista de espera quirúrgica y firma documento de riesgo de infección grave o panoftalmia que puede producir la pérdida de visión. El paciente es derivado a la Clínica de xxxxx donde es consultado el día 27/3/2003 por el especialista de oftalmología, quien recoge antecedentes personales entre los que destaca la no existencia de diabetes mellitas y padecer un EPOC pos silicosis; como enfermedad actual se diagnostica una catarata subcapsular posterior 4+/4+ y cortical dura, programando la implantación de una lente intraocular de 22 dioptrías. En esta consulta también se firma documento de consentimiento informado en el que se informa, entre otros, del riesgo de infección grave, junto con la hemorragia expulsiva y la pérdida ocular, ocurriendo estas complicaciones en menos del 1% de las intervenciones.

»Tras el estudio preoperatorio que incluye analítica sanguínea, radiología de tórax y ECG, el paciente es intervenido el día 11/4/2003 por el Dr. bbbbb bajo anestesia peribulbar, realizándose facoemulsificación con implante de lente intraocular en cámara posterior sin que se produjese incidencia alguna durante la misma. La evolución postoperatoria es normal siendo alta el mismo día. En el informe de alta se pauta tratamiento tópico durante el postoperatorio que incluyó antiinflamatorios y antibióticos y se programa revisión que se realiza el 14/4/2003, siendo normal.

»El día 18/4/2003 a las 9:30 horas el paciente es consultado por el médico de guardia de la Clínica xxxxx refiriendo padecer desde la noche dolor intenso y pérdida de visión en el ojo intervenido, dándose aviso a especialista de oftalmología para descartar endoftalmitis recomendando tratamiento parenteral con Vancomicina, Ceftriaxona y Dexametasona. Valorado de urgencia por oftalmólogo, diagnostica una endoftalmitis indicando ingreso



hospitalario. Se pauta tratamiento antibiótico con Vancomicina y Ceftazidina por vía intravenosa. Durante la segunda inyección intravítrea se produce lesión del iris temporal que precisa reducción de la lesión con espátula en quirófano y aplicación de dos puntos. A las 21 horas de este mismo día el paciente presenta mucha secreción a pestañas y edema corneal. El día 19/4/2003 presenta la córnea blanca, planteándose ante la evolución tan rápida y tórpida la realización de evisceración, no siendo planteable la vitrectomía ante el estado de la córnea. A las 21 horas en la exploración se aprecia córnea blanca con comienzo de lisis en área incisional, pequeño atropamiento del iris, hipopión de la mitad inferior de la cámara anterior, leve empastamiento palpebral y exploración del músculo motor ocular externo normal, siendo comentado con la familia la no posibilidad de recuperación visual y la posibilidad de evisceración.

»El día 20/4/2003 se encuentra igual y tras hablar con la familia y el paciente se decide evisceración, intervención que se realiza la mañana de ese mismo día obteniéndose abundante material purulento que se prepara para estudio bacteriológico, que es informado el 20/4/2003 sin crecimiento bacteriano. La evolución postoperatoria del paciente es favorable produciéndose el alta hospitalaria el 25/4/2003. Al paciente se le adapta una prótesis ocular siendo la valoración que se realiza en noviembre de 2003 de buen aspecto estético y buena movilidad, sin que se presente enoftalmos ni exoftalmos, se valora el fondo del saco que presenta un aspecto limpio y bien vascularizado, insistiendo en la necesidad de revisión anual y control de ojo único”.

Tercero.- Mediante escrito presentado el 27 de mayo de 2003, en el servicio de atención al paciente del Hospital hhhhh, de xxxxx, el interesado formula una reclamación de responsabilidad patrimonial solicitando que se le indemnice por la pérdida del ojo derecho tras la operación de cataratas e implante de LIO realizada en la Clínica xxxxx, así como el importe de la prótesis, hospitalización y desplazamientos que conlleve la colocación de la prótesis externa.

Cuarto.- Al expediente se ha incorporado la historia clínica correspondiente al Hospital hhhhh y a la Clínica xxxxx, así como informes médicos cuyo contenido se detalla a continuación:



- Informe del Dr. D. bbbbb, oftalmólogo de la Clínica xxxxx, sobre el proceso clínico del reclamante, en el que se recogen los siguientes extremos:

Indica que la intervención del día 11 de abril de 2003, consistente en facoemulsificación e implante de LIO en el ojo derecho, transcurrió sin incidencias, así como el postoperatorio inmediato. El día 18 de abril el interesado acude a la clínica por un dolor ocular intenso y pérdida de visión, siendo diagnosticado de endoftalmitis aguda, instaurándose tratamiento antibiótico intravítreo, periocular, tópico y sistémico. No obstante, a pesar de la instauración del tratamiento antibiótico, el cuadro evoluciona de manera fulminante en unas horas. Ante la evolución desfavorable se informa al paciente y a los familiares de las posibilidades terapéuticas, posibles riesgos y nulo pronóstico visual. Se decide realizar evisceración del globo ocular, que se practica el día 20 de abril de 2003, con buena evolución, quedando pendiente de colocación de una prótesis externa a partir del mes de julio.

- Informe del Dr. D. mmmm, coordinador de las Áreas de Inspección de xxxxx, de 15 de julio de 2004:

En este informe se pone de manifiesto que en el caso que nos ocupa se está ante un paciente que sufre una infección intraocular tras una intervención de cataratas a nivel de su ojo derecho. Se señala, igualmente, que el riesgo de infección intraocular es un riesgo conocido de la cirugía con una frecuencia de aparición baja (tal y como consta en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente para la cirugía de la catarata, en el que se indica que, junto con la hemorragia expulsiva, ocurren en menos del 1% de las intervenciones, pudiendo ocasionar la pérdida ocular), pero habitualmente de consecuencias catastróficas para la visión del ojo afectado.

Define la endoftalmitis como "(...) la invasión microbiana y la inflamación de una o más cubiertas del ojo y sus cavidades internas", clasificándose como exógenas o endógenas según afecten a las capas externas o al interior del órgano, y debiéndose en el 82% de los casos a las bacterias de la superficie ocular, los párpados y el saco lacrimal. La endoftalmitis postoperatoria aguda se manifiesta en la semana posterior a la intervención, siendo el germen más frecuente en las endoftalmitis postoperatorias el staphylococcus epidermidis, que forma parte de la flora habitual que coloniza piel y mucosas. La endoftalmitis postquirúrgica constituye un riesgo conocido



de la cirugía del ojo, del que se informó al paciente. Su pronóstico visual es malo en el 60% de los casos, a pesar del tratamiento, pudiendo llegar, como en este caso, a la necesidad de evisceración. Es fundamental en el tratamiento el diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento antibiótico de forma inmediata.

Quinto.- Mediante escrito de 30 de octubre de 2003, se remite un escrito al interesado en el que se le informa 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.

Sexto.- Mediante escrito de 29 de julio de 2004, concluida la instrucción del expediente, se da audiencia del mismo al interesado (que recibe la notificación el día 3 de agosto), 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, sin que el interesado, durante el plazo concedido al efecto, haya presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.

Con fecha 16 de agosto de 2004 el interesado remite un escrito en el que autoriza a D. yyyy para realizar en su nombre cuantos trámites sean pertinentes, desde el trámite de audiencia hasta la terminación del expediente.

Con fecha 18 de agosto de 2004, se remite una copia del expediente a D. yyyy ante la petición por él realizada.

Séptimo.- El día 23 de agosto de 2004 tiene entrada en el registro general de las Áreas de xxxxx la propuesta de acuerdo indemnizatorio, formulada por D. xxxxx, en la que fija en 48.080 euros el importe de la indemnización, cuantía a la que había que añadir los gastos de mantenimiento, revisión y renovación de la prótesis ocular. Además, a efecto de notificaciones, señala el domicilio del abogado representante.

Octavo.- Con fecha 20 de junio de 2005 se emite a petición del reclamante un certificado de silencio administrativo.



Noveno.- Con fecha 3 de agosto de 2005 se procede a notificar el trámite de audiencia a la Clínica xxxxx, compareciendo al día siguiente y solicitando una copia de las actuaciones, sin que conste que durante el plazo concedido haya presentado documento o formulado alegaciones, como así se indica en la diligencia de 6 de octubre de 2005, obrante en el expediente.

Décimo.- El 24 de noviembre de 2005 la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta desestimatoria de la reclamación planteada.

Undécimo.- El 16 de diciembre de 2005 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



tardanza en su tramitación. Así, mientras que el escrito de reclamación tuvo entrada el 27 de mayo de 2003, hasta el día 24 de noviembre de 2005 no se emitió la propuesta de resolución, 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 ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, 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 3.583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3.251/2002), 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. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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 27 de mayo de 2003, antes de transcurrir un año desde el momento en que tuvo lugar el hecho causante por



el que reclama, que se produjo el día 11 de abril de 2003, fecha en la que se le practicó la intervención quirúrgica de la que derivan los perjuicios por los que reclama.

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 en Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: “La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una *obligación de medios*, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica”.

En ese mismo sentido se han pronunciado otras Sentencias tales como las de 9 de marzo y 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 o 4 de abril de 2000.

Esta última (Sentencia de 4 de abril de 2000) señala que “el criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala que “aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de



causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.



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.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. xxxxx debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Será necesario determinar si la asistencia recibida por el interesado en la Clínica de xxxxx y en el Hospital hhhhh 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 necesidad de practicar la evisceración del globo ocular.

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.



En efecto, según consta en los antecedentes de hecho, el Servicio de Oftalmología del Hospital hhhhh diagnosticó al interesado una catarata completa en el ojo derecho, calificada como catarata nuclear y subcapsular posterior. El paciente es anotado en lista de espera quirúrgica y firma el documento de consentimiento informado (página 8 de la historia clínica), en el que, entre otros, se le advierte del riesgo de infección grave o panoftalmia que puede producir pérdida de visión. Posteriormente es derivado a la Clínica xxxxx, donde igualmente acude a consulta en la que se le diagnostica una catarata subcapsular posterior y cortical dura y se programa la implantación de una lente intraocular. El paciente firma el documento de consentimiento informado (página 12 de la historia clínica), en el que aparece contemplado el riesgo de infección grave junto con la hemorragia expulsiva y la pérdida ocular, y se indica, igualmente, que estas complicaciones aparecen en menos del 1% de las intervenciones.

El 11 de abril de 2003 se le realiza al paciente facoemulsificación con implante de lente intraocular en cámara posterior sin que durante la intervención se produzca incidencia alguna, presentando una evolución postoperatoria normal y siendo dado de alta el mismo día, situación de normalidad que se mantiene el 14 de abril de 2003, fecha en la que se somete a la revisión pertinente.

Sin embargo, el día 18 de abril de 2003 el paciente acude a la Clínica xxxxx por padecer dolor intenso y pérdida de visión en el ojo intervenido.

Inmediatamente se le diagnostica endoftalmitis y se pauta el inicio de tratamiento antibiótico, siguiendo las prescripciones de lo que aconseja la observancia de la buena praxis médica. No obstante, a pesar de esta correcta actitud terapéutica no se consigue controlar la infección padecida por el enfermo, lo que hace necesario, a fin de erradicar el foco infeccioso contraído, practicar el día 20 de abril de 2003 la evisceración del globo ocular intervenido, colocándole una prótesis ocular, previa firma del consentimiento informado (página 37 de la historia clínica), sin que se detecte ningún tipo de incidencias ni durante la intervención ni durante la evolución postoperatoria del paciente, quien fue dado de alta el 25 de abril de 2003.

No obstante, para valorar 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 riesgo de infección intraocular es un riesgo conocido de la cirugía de catarata con una frecuencia de aparición baja (en el documento de consentimiento informado se indica que junto con la hemorragia expulsiva ocurren en menos del 1% de las intervenciones pudiendo ocasionar la pérdida ocular), pero habitualmente de consecuencias catastróficas para la visión del ojo afecto”. A este respecto hay que señalar que el paciente fue informado del riesgo, según puede deducirse del documento del consentimiento informado que obra en su historia clínica y que firmó con anterioridad al momento en que se le practicó la cirugía de catarata.

La existencia de este riesgo es tenida en cuenta en la cirugía de cataratas, en la que “como acto quirúrgico que es, incluye dentro de sus rutinas la aplicación previa de povidona yodada al campo quirúrgico, medida con la que se consigue disminuir de forma importante el número de gérmenes pero que no garantiza la esterilidad”.

No obstante, añade el informe que “la realidad cierta es que son infrecuentes los casos de endoftalmitis tras a cirugía de catarata. Por tanto, se deduce que la patogenia de la endoftalmitis ha de ser compleja, interviniendo en la misma factores que dependen tanto del germen contaminante (como son la cantidad y la virulencia), de la situación quirúrgica del ojo, del tipo de material implantado y finalmente del propio paciente”.

Continúa el informe poniendo de manifiesto que “en el presente caso no se conocen los factores dependientes de germen, tampoco se conocen factores dependientes del paciente a los que se le pudiera atribuir una mayor susceptibilidad del mismo a padecer infecciones, como pudiera ser el caso en supuestos de diabetes, inmunosupresión, etc. En cuanto a los factores dependientes de la propia cirugía, en el caso de este paciente, no se produjo ningún contratiempo ni accidente durante el acto quirúrgico que pudiera ser asociado a una mayor frecuencia de infecciones”.

Del análisis de lo hasta ahora expuesto puede deducirse que, en este caso, se ha producido fatalmente la actualización de riesgo de la 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, en el que se señalaban entre las complicaciones que derivaban de la propia intervención de



cataratas a la que se iba a someter, la pérdida ocular por hemorragia expulsiva o por infección grave, en menos del 1% de las intervenciones.

Respecto a la cuestión del consentimiento informado procede traer a colación 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".

Por tanto, podemos concluir que el daño sufrido debe ser soportado por el perjudicado, ya que a pesar de que la asistencia sanitaria recibida se ajustó en todo momento a lo que se considera como una buena praxis médica, no fue posible evitar la actualización del riesgo de infección intraocular que, aunque de modo inusual, es inherente a la operación de cataratas, sin que tampoco pudieran impedirse las consecuencias fatales de él derivadas.

En el caso que nos ocupa, falta la nota de antijuridicidad del daño y, con ello, del título de imputación a la Administración del resultado lesivo producido, razón por la que procede dictar resolución desestimatoria en el expediente sometido a dictamen.



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 por D. xxxxx 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.