

Expediente Núm. 322/2006
Dictamen Núm. 17/2007

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de febrero de 2007, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 27 de noviembre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por doña, por los daños sufridos como consecuencia de lo que califica de defectuosa asistencia médica recibida en diversos hospitales públicos.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito, registrado de entrada en el Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 5 de abril de 2006, doña presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia de la defectuosa asistencia médica recibida en el tratamiento quirúrgico y posterior seguimiento de una catarata en diversos hospitales públicos.

Expone la interesada en su escrito que, el día 12 de mayo de 2003 fue intervenida “en el Hospital ‘X’, de una catarata en el ojo derecho, a dicho centro fue derivada por la Seguridad Social. La que suscribe se encontraba mal y cuando fue a la primera revisión advirtió de que no veía, en el Hospital ‘X’ le dijeron que esperara, al volver a la revisión en el mes de junio de 2003, le derivan al Hospital ‘Y’, de donde la remiten a al Hospital ‘Z’./ Ha tenido muchas molestias y pérdidas de visión, sin que se le diera una explicación del motivo./ Ni siquiera le cambiaron las gafas, pese a las revisiones a las que ha ido”. Continúa relatando que “al no recuperar la visión y no poder prácticamente deambular acude a la óptica, en, el 10 de junio de 2005, que le indica que tiene una importante pérdida de visión y le cambian los cristales”.

Por esta razón, “la que suscribe cree que ha sido mal intervenida, aunque cuando ha preguntado no ha obtenido respuesta” y destaca que “todo esto le ha causado unas secuelas que limitan su vida actual, ya que tiene una importante pérdida de visión. Esto le ha causado también secuelas psíquicas”.

Finalmente, indica que “es evidente que existe una negligencia médica y se estima que el daño causado es de 90.000 €”, cuya indemnización solicita.

Como “otrosí”, solicita la copia íntegra de su historia clínica.

2. Mediante escrito de 11 de abril de 2006 el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a la interesada la entrada de su reclamación en el Principado de Asturias el día 5 de abril de 2006, la incoación del oportuno procedimiento y las normas con arreglo a las cuales se tramitará, así como el plazo en que deberá recaer resolución expresa o, en su defecto, podría entender desestimada su solicitud.

3. Mediante escrito de 12 de abril de 2006, la Directora Médica del Hospital ‘Y’, de, remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias “parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria./ Copia del

historial clínico correspondiente al Servicio de Oftalmología./ Copia de la reclamación presentada”.

De la historia clínica destacan los siguientes documentos: a) Copia del informe de alta de cirugía de catarata, de la Hospital 'X', emitido el día 12 de junio de 2003, en el que se indica que el ojo derecho tiene una membrana epirretiniana. b) Copia del “consentimiento para intervención de catarata” en el ojo izquierdo, fechado el día 14 de enero de 1999, con firma del médico y de la paciente. c) Copia del “consentimiento informado para intervención de catarata” en el ojo derecho, de fecha 15 de noviembre de 2002, con firma del médico y de la paciente. d) Copia del “consentimiento informado para angiografía fluoresceínica”, con firma del médico y la paciente, del que no consta fecha, si bien aparece la de la cita, el 23 de junio de 2003.

4. Mediante escrito de 3 de mayo de 2006, el Secretario General del Hospital (en adelante 'Z') remite a la Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias la historia clínica de la reclamante correspondiente al Servicio de Oftalmología, pudiendo destacar el “consentimiento informado para la cirugía de vitrectomía”, de fecha 8 de agosto de 2003, con firma del médico y la paciente.

5. Con fecha 11 de mayo de 2006, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación, en el que, después de detallar los antecedentes del caso, y bajo el apartado “acreditación de los hechos alegados y descripción del daño”, se afirma que la reclamante “fue intervenida de catarata ojo derecho el día 12 de mayo de 2003 en la Hospital 'X', practicándose facoemulsificación con implante de lente intraocular (LIO) plegable ALCON de 25 dioptrías. La exploración oftalmológica al alta, consistió en estudio de la agudeza visual, tensión ocular, exploración con lámpara de hendidura y fondo de ojo. En el estudio de fondo de ojo derecho, se visualizó la existencia de una membrana epirretiniana, por lo que fue remitida al Servicio de Oftalmología del Hospital 'Y' para valorar el problema

retiniano". Sigue el relato con la actuación en el citado Hospital 'Y' donde "el día 15 de julio siguiente, se le realizan nuevas exploraciones oftalmológicas que confirman la existencia de dicha membrana epirretiniana en ojo derecho con visiones inferiores a 0,05 y como existía el antecedente de excelente visión hacía 1 año, se considera podría beneficiarse de cirugía macular, por lo que es remitida al Hospital 'Z' en donde, previa firma del documento de consentimiento informado, es intervenida de vitrectomía ojo derecho, el 22 de enero de 2004 por el Dr., siendo dada de alta por mejoría, con pase a domicilio, al día siguiente. Acudió a consultas externas de este Servicio el día 30 del mismo mes y año donde la someten a revisión con tomas de tensión, estudio de fondo de ojo (la mácula tiene buen aspecto), por lo que le dan de alta definitiva en el Servicio, recomendando control por su oftalmólogo de cupo".

Ya en el apartado "valoración" del informe refiere que "anualmente millones de personas son operadas de cataratas, en la mayoría de los casos sin complicación alguna, y según estudios científicos en el 90% de los casos el resultado es una mejoría de la visión (...). No puede obviarse que pueden presentarse complicaciones durante o después de la cirugía, y algunas severas" y, en referencia al presente caso, "se practicó la cirugía bajo anestesia local, se firmó el consentimiento informado, en el que se detallaba que siempre hay riesgo de posibles complicaciones, siendo éstas escasas en frecuencia, pero informándole de ellas./ Se utilizó un procedimiento adecuado, la facoemulsificación, con colocación de una lente intraocular, con el resultado de `no satisfactorio´ por la aparición de la membrana epirretiniana, aparición ajena al buen hacer del cirujano./ Se concluye que, como en toda cirugía, no se puede garantizar un éxito absoluto y así ocurrió en el caso analizado./ Fue remitida al Hospital 'Z', siéndole practicada una vitrectomía por un oftalmólogo (...), que aminoró los síntomas surgidos por la complicación".

A la vista de todo ello, concluye que "la actuación de los profesionales intervinientes en el proceso asistencial de la reclamante ha sido correcta y ajustada a la lex artis, al emplear los medios diagnósticos y terapéuticos que la

patología y las circunstancias del caso demandaban”, ya que “la aparición de la membrana epirretiniana o neoformación de tejidos y vasos, con localización cercana a la mácula, o lo que es lo mismo ‘plegamiento’ de la superficie macular causada por la existencia de esta membrana, que produce pérdida de visión y que puede presentarse en todo tipo de cirugía ocular especialmente en la extracción de catarata, es ajena al actuar de los facultativos, la paciente había sido informada de los riesgos típicos derivados de esta operación, siendo por tanto la complicación surgida una patología de las previstas, no pudiendo imputarse a la sanidad pública su aparición”. De este modo, “la relación de causalidad entre la asistencia médica prestada y las consecuencias negativas para esta paciente en el conjunto del proceso asistencial no es determinante”, por lo que propone que la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada sea desestimada.

6. Con fecha 16 de mayo de 2006, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

7. Con fecha 15 de mayo de 2006, tiene entrada en el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias informe, de 10 de mayo de 2006, de la doctora del Servicio de Oftalmología del Hospital ‘Y’, donde explica que la reclamante fue “intervenida de catarata ojo izquierdo en mayo de 1999 en Hospital ‘X’, a petición propia y derivada desde este Servicio. Vista de nuevo por nosotros en marzo de 2000, en la exploración oftalmológica presentaba en dicho ojo una agudeza visual de 0.600 difícil con + 0.75 esfera y pseudofaquia + lente intraocular de cámara posterior correcta y fondo de ojo normal./ En julio de 2001, agudeza visual ojo derecho de 0.6 muy difícil y ojo izquierdo 0.8 difícil. Catarata cortical en ojo derecho y fondo de ojo normal./ El 15/11/2002: catarata más avanzada en el ojo derecho y membrana epirretiniana inicial en ambos ojos (grado 0). La agudeza visual del ojo derecho era 0.3 y en el izquierdo 0.6. Anotada en lista de espera quirúrgica para cirugía de catarata, es

derivada a Hospital 'X' a petición propia./ La paciente precisó cirugía de bocio, por lo que pospuso la cirugía de la catarata del ojo derecho transcurriendo alrededor de 6 meses". Así pues, fue "intervenida de catarata en ojo derecho (el) 12/05/03, sin complicaciones, según consta en el informe de alta de Hospital 'X', que envían a nuestro Servicio (pseudofaquia + lente intraocular de cámara posterior de + 25 dioptrías). En dicho informe refieren que la paciente presenta una membrana epirretiniana en el fondo de ojo y es dada de alta por su parte el 12/06/2003 y enviada para AFG (angiofluoresceingrafía) ante la no recuperación de agudeza visual, con el fin de valorar cirugía de la membrana epirretiniana./ Se le realiza AFG en este Servicio de Oftalmología el 23/06/03: se confirma una membrana epirretiniana de grado II con distorsión vascular y una agudeza visual reducida (<0.05)./ Se envía para cirugía (vitrectomía + extracción de membrana) a Hospital 'Z' donde realizan la cirugía, sin complicaciones (...). Posteriormente fue vista en este Servicio el 15/11/04", en cuya exploración oftalmológica se observó que en la "agudeza visual: ojo derecho menor de 0.05 con + 2.5 esfera. No mejora./ Ojo izquierdo 0.63 con + 0.75 esfera (...). Fondo de ojo: ojo derecho: secuelas de membrana epirretiniana, ya intervenida, sin tracción vascular. Ojo izquierdo: Membrana epirretiniana grado 0".

A continuación, dentro del apartado "comentario", indica que "se observa en la exploración oftalmológica: pseudofaquia + lente intraocular de cámara posterior correcta, pero baja agudeza visual debida a una membrana epirretiniana macular que tracciona los vasos. Intervenida posteriormente en Hospital 'Z' con buen resultado anatómico pero no funcional (agudeza visual menor de 0.05), como es frecuente en muchos problemas retinianos" y se insiste en que "en las membranas epirretinianas grado 0 no está indicada la cirugía. Dicha membrana puede empeorar con otras cirugías oculares. Si se convierte en membrana grado II, sí puede estar indicada la cirugía, como ocurrió en este caso, pero no se puede predecir el resultado funcional". En consecuencia, "las cirugías realizadas tanto en el Hospital 'X' como en el 'Z' han sido correctas, como pudimos observar posteriormente en nuestro Servicio".

8. Con fecha 21 de junio de 2006 emite dictamen una asesoría privada. El mismo es suscrito colegiadamente por dos especialistas en Oftalmología y, en el apartado de “consideraciones médicas”, tras explicar la enfermedad de las cataratas, señala que “cuando la paciente fue incluida en la lista de espera quirúrgica para cirugía de catarata de su ojo derecho, la agudeza visual de ésta estaba disminuida (32% de la normalidad). Se anotó, además, que en la exploración del fondo de ojo presentaba una alteración del brillo macular en ambos ojos. La alteración del brillo macular es una alteración incipiente (inicial) que puede estar producida por numerosas enfermedades retinianas, entre ellas la membrana epirretiniana macular. Cuando existe una catarata avanzada como la que presentaba la paciente, es difícil apreciar con detalle las alteraciones del fondo del ojo, ya que la propia opacidad de la catarata impide que la luz que utiliza el médico oftalmólogo pase con claridad hasta llegar a la retina. Solamente después de intervenir la catarata, cuando ya no existe opacidad cristalina (sino una lente intraocular limpia), es cuando se pueden apreciar con detalle las estructuras del fondo de ojo (retina), y valorar entonces si es o no necesario realizar algún tratamiento sobre las posibles alteraciones que existan en el fondo de ojo”.

A continuación, expone el concepto de membrana epirretiniana macular y determina que “en este caso concreto, cuando la paciente fue atendida en noviembre de 2002, es evidente que aún no presentaba una membrana epirretiniana establecida en su ojo derecho (ya que la agudeza visual era del 32% de la normalidad, incluido en ese porcentaje la cantidad de visión que quitaba la catarata), aunque es posible que comenzase a presentar ciertas alteraciones relacionadas, ya que se describe una alteración del brillo macular de ambos ojos. Seis meses más tarde fue intervenida de catarata del ojo derecho, y siete meses más tarde (un mes tras la cirugía de catarata) fue cuando se apreció que la agudeza visual tras la operación de catarata no había mejorado, porque presentaba una membrana epirretiniana macular en ese ojo. Siete meses es un periodo de tiempo suficiente como para que aparezca

prácticamente cualquier tipo de alteración retiniana. En este caso concreto, se puede afirmar que la membrana epirretiniana se desarrolló durante esos siete meses (...), dadas las agudezas visuales precirugía de catarata, y poscirugía de catarata. Incluso aunque la membrana epirretiniana hubiese estado presente antes de intervenir la catarata, habría estado indicado de igual manera realizar la cirugía de catarata en dicho ojo, ya que la catarata y la membrana epirretiniana son dos entidades diferentes, y es necesario primero extraer la catarata para poder apreciar con nitidez los detalles de la retina, y posteriormente valorar si es necesario o no realizar tratamiento quirúrgico de las alteraciones retinianas”.

En consecuencia, ya en el apartado de “conclusiones” del informe se señala que “tras ser valorada en el Hospital ‘Y’, donde se confirmó la existencia de la membrana epirretiniana macular, fue derivada al Hospital ‘Z’ (.....) para realizar el tratamiento quirúrgico de la misma, que fue llevado a cabo mediante técnica adecuada y sin complicaciones intra ni posoperatorias descritas. A pesar del tratamiento quirúrgico de la membrana epirretiniana, que fue adecuado, la agudeza visual que la paciente finalmente consiguió fue pobre. El hecho de que la paciente presente una agudeza visual disminuida en el ojo derecho se debe posiblemente a dos factores: primero, que en ese ojo presentó en primer lugar una enfermedad denominada catarata, que a pesar de ser intervenida quirúrgicamente de manera adecuada puede producir alteraciones definitivas de la agudeza visual; y segundo y más importante, que la paciente posteriormente desarrolló una enfermedad retiniana en ese ojo (membrana epirretiniana macular), enfermedad que a pesar del tratamiento quirúrgico adecuado suele provocar una pérdida definitiva de agudeza visual (...). La paciente fue informada por escrito de su proceso retiniano, tras la cirugía de catarata, y posteriormente fue atendida en otros dos hospitales, donde finalmente se sometió a una nueva intervención quirúrgica para tratar de mejorar su patología retiniana. No nos parece factible que, durante todo este proceso, la paciente no fuese informada de su problema (cuando además existe un documento escrito, que se le entregó (...) al alta de la intervención de

cataratas, donde se describe su problema y las actuaciones a seguir a partir de ese momento: diagnóstico exacto y tratamiento quirúrgico)".

9. Concluida la fase de instrucción del procedimiento, con fecha 18 de septiembre de 2006 se notifica a la interesada la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntando una relación de los documentos obrantes en el mismo.

10. Con fecha 20 de septiembre de 2006 se persona la interesada en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de ochenta y seis (86) folios, según diligencia incorporada al mismo y suscrita por una funcionaria y la reclamante.

11. Con fecha 25 de octubre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria informa a la compañía aseguradora que habiéndose notificado el trámite de audiencia a la reclamante, "ha transcurrido el plazo establecido para presentar alegaciones sin haberse recibido".

12. Con fecha 13 de noviembre de 2006, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias formula propuesta de resolución en el sentido de "desestimar la reclamación" interpuesta por la interesada, reproduciendo las conclusiones expuestas en el dictamen médico de la asesoría privada, de 21 de junio de 2006.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de noviembre de 2006, registrado de entrada el día 29 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, adjuntando a tal fin el expediente original.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la reclamante activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás

entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 5 de abril de 2006, se concluye que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 29 de noviembre de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

CUARTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la

Ley. No serán 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 existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que no haya transcurrido el plazo de prescripción; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- En el supuesto que se somete a nuestra consideración, la interesada imputa al servicio público sanitario una incorrecta intervención quirúrgica y un defectuoso seguimiento de la evolución de su ojo derecho, que ha determinado una importante pérdida de visión.

En el examen de los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, hemos de identificar en primer lugar los supuestos daños alegados por la reclamante. Como se deduce de los antecedentes de este dictamen, la interesada fue intervenida en el ojo derecho de catarata el día 12 de mayo de 2003 en la Hospital ‘X’. En el informe de alta del citado hospital, de fecha 12 de junio de 2003, se indica que en el estudio de fondo de ojo derecho se visualizó la existencia de una membrana

epirretiniana, motivo por el cual fue remitida al Hospital 'Y', en el que ingresa el 15 de julio de 2003, donde se corrobora que se trata de una "paciente con membrana epirretiniana en ojo derecho con visiones inferiores a 0.05 y antecedente de excelente visión hace 1 año, por lo que podría beneficiarse de cirugía macular", por lo que se remite a la paciente al Hospital 'Z'. En este hospital ingresa el 21 de enero de 2004 y es intervenida quirúrgicamente el día 22 del mismo mes realizándose, según el informe de alta, "vitrectomía por tres vías, vía pars plana y liberación de membrana epirretiniana macular. Sin complicaciones", por lo que es dada de alta al día siguiente.

Tras el alta, la interesada acude periódicamente a las consultas externas, figurando en su historia clínica la que tuvo lugar el 15 de noviembre de 2004 en el Hospital 'Y' (Servicio de Oftalmología) en la que se hace constar (folio 20 del expediente) que se trata de una paciente "operada en de vitrectomía O.D./ A.V.: < 0.05". La situación en noviembre de 2004 la corrobora el citado Servicio, en su informe de 10 de mayo de 2006, en el que se refiere que "la paciente (...) fue vista (...) el 15/11/04", momento en el que la "exploración oftalmológica" apunta "agudeza visual: ojo derecho menor de 0.05 con + 2.5 esfera. No mejora./ Ojo izquierdo 0.63 con + 0.75 esfera (...). Fondo de ojo: ojo derecho: secuelas de membrana epirretiniana, ya intervenida, sin tracción vascular./ Ojo izquierdo: membrana epirretiniana grado 0", explicando que "en las membranas epirretinianas grado 0 no está indicada la cirugía". En definitiva, a la vista de estos datos se puede identificar el daño con la pérdida de visión del ojo derecho, con una agudeza visual menor de 0.05 tras todas las actuaciones.

Fijada la efectividad del daño alegado, procede analizar en primer término si la reclamación ha sido ejercitada o no dentro del plazo establecido al efecto, dado que, de estimarse que en el momento de la reclamación ha transcurrido el plazo de prescripción, resultaría innecesario el examen de los restantes requisitos que habrían de concurrir para que dicha reclamación pudiera prosperar.

El plazo para el ejercicio de la acción se encuentra establecido en el artículo 142.5 de la LRJPAC, cuyo tenor literal dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En orden a establecer la fecha en que habría de iniciarse el cómputo del plazo de un año, partimos de considerar que tal fecha deberá coincidir con aquélla en que el daño y su alcance se ha manifestado de manera efectiva y objetiva, de modo que, a partir de ella, pudo la perjudicada ejercer su derecho de reclamación, sin que la misma pueda depender de la exclusiva voluntad o actuación de la persona afectada. En definitiva, consideramos que el *dies a quo* para el cómputo del plazo de prescripción habrá de ser aquél en que, por conocerse el perjuicio sufrido en aquellos de sus aspectos -carácter efectivo, evaluable económicamente, individualizado y antijurídico- que han de integrar una lesión indemnizable, puede instarse dicha indemnización, debiendo realizarse el cómputo de modo flexible, antiformalista y favorable a la reclamación.

Pues bien, en este caso, en el informe de alta de la Hospital 'X', de fecha 12 de junio de 2003, figura que, tras la operación de cataratas a que fue sometida la reclamante, existe una membrana epirretiniana, que determinó una nueva intervención quirúrgica de la paciente, esta vez en el Hospital 'Z', el día 22 de enero de 2004, siendo dada de alta el día 23 de enero de 2004. No obstante, para la determinación de la fecha en que quedó fijada la secuela física, es posible atender a una posterior a la intervención, esto es, el 15 de noviembre de 2004, momento en el que la reclamante acudió al Servicio de Oftalmología del Hospital 'Y' y donde se corroboró que la agudeza visual del ojo derecho era menor de 0.05. Considerando, por tanto, esta última como fecha más favorable, fijado el 15 de noviembre de 2004 como *dies a quo*, y presentada la reclamación el día 5 de abril de 2006, no hay duda de que la acción para reclamar ha prescrito, sin que quepa atender a la fecha que la

reclamante indica en su escrito, en referencia a una visita a una óptica en el día 10 de junio de 2005, ya que no sólo no aporta ninguna prueba que la avale, sino que tampoco demuestra que su situación hubiera cambiado respecto a lo determinado el 15 de noviembre de 2004.

La conclusión expuesta conduce a la desestimación de la reclamación y determina la improcedencia de analizar en detalle si concurre efectivamente un daño antijurídico, o lesión, y si tal habría sido o no consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario público. No obstante, de modo sumario, cabe indicar que de los diversos informes técnicos incorporados al expediente, en ningún momento contradichos por la interesada, se desprende que la catarata fue intervenida de forma adecuada y que si “la membrana epirretiniana hubiese estado presente antes de intervenir la catarata, habría estado indicado de igual manera realizar la cirugía de catarata en dicho ojo”. Además, ante su constatación, “fue atendida en otros dos hospitales, donde finalmente se sometió a una nueva intervención quirúrgica para tratar de mejorar su patología retiniana”, aunque el resultado final no haya conseguido recuperar su agudeza visual. Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que el servicio público sanitario, dirigido siempre a procurar la curación del paciente, constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, de modo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria la falta de curación del paciente en un plazo determinado siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis ad hoc*. Por tanto, dadas las correctas actuaciones practicadas ante la dolencia de la reclamante en los diversos centros hospitalarios en que estuvo ingresada, cabría concluir, si no hubiéramos estimado ya la prescripción de la acción, que no es posible imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad por no obtener la paciente el resultado deseado o por los riesgos y complicaciones que pueden

comportar las intervenciones quirúrgicas, correctamente ejecutadas, a las que fue sometida.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por doña

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS