

Expediente Núm. 93/2013
Dictamen Núm. 125/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de junio de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 9 de mayo de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 16 de enero de 2012, el interesado presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de su estado de ceguera, resultado del tardío diagnóstico de un glaucoma en ambos ojos.

Refiere que “en el mes de octubre de 2009 acude al Centro de Salud aquejado de manifiesta pérdida de visión, remitiéndosele al Hospital “X” (...),

donde se le graduó la vista sin recomendarle gafas./ En el mes de agosto de 2010 volvió nuevamente al hospital” y se le graduó nuevamente la vista, “dándole en esta ocasión la tarjeta para ponerse gafas./ En el mes de diciembre de 2010, y apreciando que en el ojo izquierdo veía peor, sin luz, más oscuro, pidió otra vez cita, para el 17 de enero de 2011, graduándosele nuevamente la vista sin mejora en la visión a pesar de la corrección y mirándole en esta ocasión el fondo del ojo, indicándosele ‘catarata en evolución’./ En febrero de 2011, y ante la pérdida progresiva y manifiesta de visión gestiona nueva consulta”, siendo atendido en el Hospital “Y” el día 17 del mismo mes, donde “por primera vez se le toma la tensión ocular (...), resultando afectado de glaucoma, con adelgazamiento del nervio óptico hasta su destrucción”. Sostiene que se demoró la necesaria intervención “hasta estar sumido en la ceguera cuando (...), de haberse detectado a tiempo conservaría una aptitud visual dentro de los límites que le permitirían desenvolverse laboral y socialmente”.

Por lo que respecta al *quantum* indemnizatorio, invoca los días de baja impeditiva, la secuela sufrida y el factor de corrección ligado a su incapacidad en “grado de gran invalidez”, reclamando la suma de setecientos treinta y un mil quinientos euros (731.500 €).

Reproduce, en el cuerpo de su escrito, un informe de Oftalmología, que fecha el 24 de junio de 2011, en el que se concluye que, “dada la gravedad del caso, se decide intervención quirúrgica”.

2. Con fecha 8 de febrero de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Durante la instrucción se incorporan al expediente, remitidos por los centros hospitalarios y de Atención Primaria que prestaron asistencia al paciente, copias de su historial clínico relativo al episodio objeto de reclamación y de los informes librados por los servicios implicados.

En el informe emitido por el Director de Gestión Económico-Administrativa y Servicios Generales del Hospital "X", fechado el 10 de febrero de 2012, se expone que el servicio prestado es únicamente el de "consulta de refracción ocular", que consiste en "medición de la agudeza visual", "refracción (graduación)" de la vista, "prescripción de (...) lentes correctoras mediante receta al paciente" y "derivación a su Servicio de Oftalmología correspondiente si se detecta patología".

En el mismo sentido, el informe librado por la doctora que le atendió en el referido centro hospitalario detalla que "con fecha 20-08-2009" acude a la consulta de refracción (...) presentando una agudeza visual de 100% (...). En una consulta posterior (diciembre 2010) se revisa la agudeza visual con idéntico resultado (100%) y, ante la insistencia del paciente, se decide pautar el uso de lentes. A ello debe añadirse que (...) refería ahora molestias y, ante la posibilidad de que hubiere alguna patología, se le indica la conveniencia de solicitar consulta con el oftalmólogo a través de su centro de salud (...). En ningún momento se hacen estudios de fondo de ojo o de toma de tensión ocular (...). Solo realiza una observación con lámpara de hendidura y aprecio una leve esclerosis de cristalino, ante lo cual insisto en explicar que debe acudir a su médico y solicitar revisión con el oftalmólogo", ya que "la consulta de agudeza visual (...) se limita a valoración de refracción y prescripción de gafas, no realizándose en ella ningún tipo de exploración, diagnóstico ni tratamiento, ya que el objetivo de dicha consulta es que los pacientes que solo soliciten graduación de gafas no tengan una lista de espera superior a 15 días, y así se ha informado a los centros de salud que los derivan".

En las notas de progreso remitidas por el Hospital "X" aparecen dos consultas oftalmológicas, una de 20 de octubre de 2009 y otra de 17 de enero de 2011, esta última con la observación de "cataratas en evolución".

En las hojas de la historia clínica remitidas por el Hospital "Y" consta que el paciente, de 45 años de edad y "diagnosticado de catarata en OI en otro centro, remitido para valoración oftalmológica", presenta "glaucoma final en ambos ojos" que le incapacita para su trabajo habitual y para cualquier otro que "precise visión", siendo intervenido el 15 de marzo de 2011 del ojo derecho

y el 17 de mayo del mismo año del ojo izquierdo. En la última revisión practicada se confirma el diagnóstico de “glaucoma final en ambos ojos”.

En el informe librado por el médico de Atención Primaria, fechado el 28 de febrero de 2012, se indica que “acudió a consulta (...) para derivación a Oftalmología de cupo, puesto que el Servicio de Oftalmología del Hospital “X” le había diagnosticado catarata de OI, según refiere el paciente. Con este diagnóstico se remitió a Oftalmología” del Hospital “Y”. En las anotaciones que se adjuntan consta un primer episodio, fechado el 1 de febrero de 2011, por “probable catarata de OI”, y otro del día 18 del mismo mes, en el que se refleja “informe Oftalmología: glaucoma pigmentario muy evolucionado, prácticamente terminal en OI”.

4. Con fecha 15 de marzo de 2012, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él se observa que “al consultar a su médico de Atención Primaria pérdida de visión, sin más cortejo sintomático, y con ausencia de antecedentes familiares y personales oftalmológicos, fue derivado de forma correcta a una consulta oftalmológica al objeto de graduar la vista. Dado que la dotación de esta consulta médica era exclusivamente de refracción ocular y para medición de la agudeza visual, estando esta en límites normales”, se actuó correctamente. Añade que “en una segunda consulta (...), al referir el paciente alguna molestia, fue derivado al Servicio de Oftalmología” del Hospital “Y”, “donde tras las pruebas diagnósticas oportunas se estableció el diagnóstico de glaucoma”. Subraya “la falta de síntomas del paciente, dado que esta patología presenta síntomas inespecíficos en fases iniciales”.

5. El día 5 de julio de 2012, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por una especialista en Oftalmología. En él se observa que, “a falta de sintomatología y de factores de riesgo, la única manera de haber detectado el glaucoma en la consulta inicial de este paciente hubiera sido en base a un programa de cribado para la población general”, reseñándose que “el sistema sanitario dispone de unos recursos limitados y debe

administrarlos en beneficio de toda la población (...). Dado que la incidencia de glaucoma en la cuarentena es inferior al 1%, parece más lógico concienciar a los grupos de riesgo para hacerse controles que hacer pasar a toda la población en ese rango de edad por el oftalmólogo”.

Afirma que, “teniendo en cuenta la lenta progresión del glaucoma a lo largo de una media de 25 años, y aun suponiendo que en este caso la progresión fuera muy rápida, podemos deducir que en (la) primera visita los daños campimétricos estarían con seguridad ya instaurados y a buen seguro muy evolucionados. El que la (agudeza) visual fuera normal y posiblemente no se refiriera ningún síntoma concreto condicionó que no se hiciera ninguna otra exploración ni se derivara a otro centro (...). Aunque se hubiera diagnosticado el glaucoma en ese momento la enfermedad ya estaría muy avanzada”.

Tras destacar lo llamativo del proceso patológico, “sin ninguna percepción personal del defecto campimétrico bilateral”, pues “es muy extraño que una persona joven y activa no se dé cuenta de que su visión va fallando en algunas zonas bilateralmente hasta la situación de visión en cañón de escopeta o túnel”, concluye que los servicios médicos actuaron “según sus protocolos tanto en la primera como en la segunda cita”.

6. Mediante escrito de 16 de octubre de 2012, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias solicita al Servicio instructor una copia del expediente, al haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación.

7. El día 16 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario comunica al interesado la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 6 de marzo de 2013, el reclamante presenta un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que se ratifica en su pretensión. Aísla la negligencia invocada en los servicios del Hospital “X” y subraya que entre las obligaciones del servicio que le atendió

figura la “cita para revisión y/o derivación a su Servicio de Oftalmología correspondiente si se detecta patología”.

Reseña que “en ningún caso de las tres consultas, con (...) la progresiva pérdida de visión que le aquejaba, se le hizo una mínima anamnesis, cuando padece de HTA y hay antecedentes familiares”, y precisa ahora que cuando solicita consulta “en el mes de diciembre de 2010, y ante la constancia de una pérdida grave de visión, ya no puede ni conducir”.

Finalmente, eleva el daño reclamado a “792.177,74 euros”, atendiendo a los perjuicios que sufren sus familiares más próximos.

8. El día 9 de abril de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo las conclusiones contenidas en los informes técnicos obrantes en el expediente.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de mayo de 2013, registrado de entrada el día 15 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 del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

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 el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Ahora bien, la reclamación del daño sufrido por sus familiares corresponde a estos, sin que pueda el actor accionar acumuladamente en nombre propio -tal como resulta de su escrito de alegaciones- por los perjuicios irrogados a su persona y a las de sus parientes más próximos.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC 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 el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 16 de enero de 2012, habiéndosele diagnosticado al interesado la lesión irreversible (glaucoma muy evolucionado) el 17 de febrero del año anterior, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- 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.

Ahora bien, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

QUINTA.- 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 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, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Imputa el reclamante a la Administración sanitaria la producción de un daño que concreta en la pérdida casi total de visión en ambos ojos, al considerar que el glaucoma que padecía debió habersele detectado en un estadio anterior de su proceso evolutivo, con ocasión de sus anteriores consultas hospitalarias por “pérdida de visión”.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditada la efectividad del daño material -la ceguera- que el interesado alega y que imputa al retraso en el diagnóstico de un glaucoma.

Aislado así el daño, ha de advertirse, en cuanto a su posible nexo causal con el servicio público sanitario, que este debe procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, 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*, que nada tiene que ver con la garantía de que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de

responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon, en relación con los síntomas presentados, los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el procedimiento sometido a nuestro análisis, todos los informes médicos incorporados al expediente constatan que el paciente se encontraba asintomático y que no presentaba factores de riesgo, por lo que concluyen que no existió infracción de la *lex artis ad hoc*.

Ante todo, es preciso revisar el sustrato fáctico de la imputación formulada, pues el perjudicado -que reduce su imputación a los servicios del Hospital "X"- alude a una consulta (agosto de 2010) que no aparece documentada, refiere confusamente su estado cuando es atendido el 17 de enero de 2011 y desliga la derivación al especialista de su consulta hospitalaria de esa fecha. Sin embargo, de lo actuado se desprende que aquel fue enviado por su médico de Atención Primaria a dos consultas de refracción

-realizadas en octubre de 2009 y en enero de 2011-, y solo en la última de ellas refiere "molestias" por las que se le observa "con lámpara de hendidura", apreciándose "una leve esclerosis de cristalino" y "cataratas en evolución", ante lo cual se le insiste en que debe "acudir a su médico y solicitar revisión con el oftalmólogo".

El informe librado por su médico de Atención Primaria el 28 de febrero de 2012 corrobora que "acudió a consulta (...) para derivación a Oftalmología de cupo, puesto que el Servicio de Oftalmología del Hospital "X" le había diagnosticado catarata de OI (...). Con este diagnóstico se remitió a Oftalmología" del Hospital "Y", "fechándose, el 1 de febrero de 2011, en las anotaciones adjuntas al informe el episodio de "probable catarata" por el que se envía al centro especializado que finalmente le detecta el glaucoma el día 17 de febrero. En suma, no queda constancia de los "antecedentes familiares" ni del precario estado de visión que el perjudicado invoca en su escrito de alegaciones, y sí de la remisión al especialista tras la última consulta de refracción.

Atendidas estas circunstancias, y a la luz de los informes periciales obrantes en el expediente -todos ellos incorporados por la Administración, pero sin elemento alguno que los desvirtúe-, comparte este Consejo la apreciación de que la praxis médica se ajustó a la *lex artis*.

En efecto, como reseña el informe técnico de evaluación, "sin más cortejo sintomático, y con ausencia de antecedentes familiares y personales oftalmológicos, (el reclamante) fue derivado de forma correcta a una consulta oftalmológica al objeto de graduar la vista", actuándose en esta adecuadamente, dado que la agudeza visual se encontraba en "límites normales". Así, el paciente presentaba en la primera consulta de refracción a la que acude una agudeza visual del 100%, y solo refiere la existencia de "molestias" en la segunda, a pesar de que, tal como se recoge en el informe aportado por la compañía aseguradora, "los daños campimétricos estarían con seguridad ya instaurados y a buen seguro muy evolucionados", teniendo en cuenta la progresión del glaucoma a lo largo de una media de 25 años, o aun suponiendo que en este caso la progresión hubiera sido muy rápida.

En enero de 2011, “en una segunda consulta”, también de refracción, el paciente refiere “alguna molestia” y, tras un examen que no se limita a la mera graduación de la vista, se le aprecian unas dolencias que determinan su derivación oportuna a un servicio especializado, en el que se le diagnostica días después un “glaucoma pigmentario muy evolucionado, prácticamente terminal en OI”.

Idéntica ausencia de infracción de la *lex artis* aprecia el informe aportado por la compañía aseguradora, suscrito por una especialista en Oftalmología, que concluye igualmente que los servicios médicos actuaron “según sus protocolos tanto en la primera como en la segunda cita”.

Estos pronunciamientos técnicos excluyen el retraso en el diagnóstico del glaucoma y vienen a reducir la controversia a la eventual exigibilidad de programas públicos por los que se someta a la población de un cierto rango de edad -indiscriminadamente- a pruebas de detección de esta enfermedad. En efecto, tal como se recoge en el informe emitido por la aseguradora, “a falta de sintomatología y de factores de riesgo, la única manera de haber detectado el glaucoma en la consulta inicial de este paciente hubiera sido en base a un programa de cribado para la población general”. Al respecto, en ese mismo informe se concluye, sin elemento alguno que lo contradiga, que no puede imponerse al sistema público tal grado de esfuerzo, pues, “dado que la incidencia de glaucoma en la cuarentena es inferior al 1%, parece más lógico concienciar a los grupos de riesgo para hacerse controles que hacer pasar a toda la población de ese rango de edad por el oftalmólogo”.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto, no se acredita ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, pues tanto su conducta como la práctica de las correspondientes pruebas se ajustaron a la sintomatología que el paciente presentó en cada momento, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por

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.