

Expediente Núm. 212/2015
Dictamen Núm. 13/2016

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 21 de enero de 2016, 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 noviembre de 2015 -registrada de entrada el día 18 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por la pérdida de visión de un ojo como consecuencia de la asistencia recibida en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 12 de febrero de 2015, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la actuación del servicio público sanitario, a la que imputa la pérdida de visión en su ojo izquierdo tras una operación de cataratas.

Señala que el día 26 de marzo de 2013 se le practica dicha intervención “en el Hospital ‘X’. Dos días más tarde” acude al Servicio de Urgencias del citado centro “al sufrir dolor y disminución de AV, siendo diagnosticado de endoftalmítis, decidiéndose ingreso. Con fecha 9 de abril de ese año se concede alta hospitalaria por ligera mejoría, pero manteniéndose la pérdida de visión y remitiendo levemente los dolores”.

Manifiesta que el 11 de julio de 2013 ingresa en el Hospital “Y” “para realizar cirugía de vitrectomía en OI, siendo dado de alta con fecha 12-07-13./ En sucesivos controles se me indica por los servicios médicos que la lesión en el OI únicamente puede ser valorada definitivamente una vez sea intervenido de catarata en ojo derecho (...). Con fecha 5-12-13 se me practica cirugía para catarata en OD, causando alta con fecha 6-12-13, y realizando posteriores revisiones hasta alta definitiva con fecha 28-02-12 (*sic*). En ese último informe (...) se confirma que sufro amaurosis en OI, no habiendo recuperado a fecha actual la visión perdida a consecuencia de la intervención realizada con fecha 26-12-13 (*sic*), y sin que tampoco hayan remitido los dolores padecidos”.

Sostiene que como “consecuencia de la mala praxis por parte del personal médico (...) ha sufrido la pérdida de visión de un ojo, daño que no tiene obligación de padecer. La citada lesión aparece valorada” en el Real Decreto 8/2004 “en 25 puntos, reclamándose a modo de indemnización la cuantía de 21.793 euros; indemnización de la que deberá responder” el Servicio de Salud del Principado de Asturias “como organismo responsable de la atención médica que ocasionó los perjuicios objeto de reclamación”.

Adjunta diversa documentación médica entre la que se encuentra un informe de 28 de febrero de 2014, emitido por el Jefe de Sección del Servicio de Oftalmología del Hospital “Y”, en el que se indica que se trata de un “paciente que tras cirugía de catarata en su OI presentó una endoftalmítis que ocasionó pérdidas de visión de dicho ojo. Con fecha (...) 05-12-2013 fue intervenido en la catarata del OD; la evolución posoperatoria fue normal. En el último control realizado en este Servicio el 20-01-2014 presentaba una agudeza visual

corregida de 0.9 en su OD y amaurosis en su OI. En esa fecha es dado de alta en este centro”.

2. Mediante oficio notificado al perjudicado el 9 de marzo de 2015, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -26 de febrero de 2015-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 30 de marzo de 2015, el Director Económico y de Recursos Humanos del Área Sanitaria III envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una “copia de la historia clínica” del paciente y el “informe del Servicio de Oftalmología”.

En el informe, emitido el 23 de marzo de 2015 por la Jefa del Servicio, se señala que el paciente fue intervenido el día 26 de marzo de 2013 “de catarata en ojo izquierdo”, constando en su historial que “al ser alérgico a la penicilina preoperatoriamente se le pauta profilaxis antibiótica con Vigamox colirio 1 gota 3 veces al día, 2 días antes de la intervención./ Previo a la intervención quirúrgica se prepara al paciente en quirófano con Povidona Yodada periocular al 10% y conjuntival al 5% durante 3 minutos y campo adhesivo aislando pestañas y borde palpebral./ Se realiza la intervención con material estéril./ Durante la rexis se observa desinserción zonular de cristalino de 180º inferiores secundaria a la pseudoexfoliación. A pesar de la dificultad se realiza la intervención correctamente y sin complicaciones, pudiéndose implantar la lente intraocular en saco capsular (como consta en el formulario de intervención)./ Se cura tópicamente inmediatamente después de la intervención con colirio de Vigamox en quirófano./ El paciente es remitido al Hospital de Día, donde se le cura con Vigamox 1 gota cada 15 minutos durante 1 hora. Es dado de alta el mismo día (26-03-2013) con tratamiento antibiótico de Vigamox 1 gota cada 6 horas durante el día en ojo operado, según protocolo del Servicio./ Es revisado posoperatoriamente al día siguiente de la intervención (27-03-2013),

observándose ligera hipertensión ocular en relación con el proceso de desinserción zonular secundario a pseudoexfoliación que padecía el paciente./ Se le cita en revisión programada como es habitual./ Al día siguiente (28 de marzo de 2013) (...) acude al S.º de Urgencias de este hospital con un cuadro de dolor, fotofobia intensa e hinchazón palpebral./ Es atendido por el equipo de Urgencias y derivado a continuación al servicio de guardia de Oftalmología del (Hospital `Y´) para valoración. Este Servicio asume las urgencias oftalmológicas de nuestro hospital en festivos./ A partir de ese momento (...) no ha sido visto más en nuestro Servicio./ El paciente es ingresado en el Servicio de Oftalmología del (Hospital `Y´) ese mismo día (28-03-2013)./ El resto de las exploraciones y tratamientos médicos y quirúrgicos fueron realizados en el (Hospital `Y´). Nos informan telefónicamente desde ese Servicio (...) de que se le está tratando de una endoftalmitis aguda en ojo operado y que se aísla un germen (*Streptococcus mitis*)". Añade que "el paciente sufrió una endoftalmitis aguda posquirúrgica temprana posiblemente endógena, dado que el germen suele estar en la orofaringe del paciente y trasladarse al ojo a través de estructuras vasculares desde focos infecciosos./ Suele aparecer a las 48 horas de la intervención y (...) se observa en un 0,015-0,5% de los pacientes intervenidos de cataratas, y a pesar de las medidas y protocolos instalados en la mayoría de los pacientes los resultados visuales no son satisfactorios".

Concluye que "la actuación en este Servicio en todo momento ha sido correcta y documentada, tanto en profilaxis de la infección como en la técnica quirúrgica./ Se siguieron rigurosamente los protocolos establecidos y consensuados por el Servicio y por las Sociedades Españolas de Oftalmología".

Figura en la historia clínica un documento denominado "Tratamiento ojo operado de catarata (alérgicos a penicilina y derivados)" y el "consentimiento informado para intervención de catarata", suscrito por el reclamante en fecha que no consta para la intervención de "26-03-13", en el que se incluye, entre los "riesgos y complicaciones" que pueden ocurrir "de modo muy infrecuente o excepcional", la "infección del ojo (endofalmitis), la complicación más severa,

que puede acabar con la pérdida del globo ocular y que sucede (en) 1 de cada 500/1.000 intervenciones”.

4. Con fecha 3 de junio de 2015, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que “la endoftalmitis posoperatoria es una afección inflamatoria del ojo que afecta al segmento anterior y posterior (...), secundaria a una infección ocular en el periodo perioperatorio de una cirugía endoocular (cirugía de cataratas o cirugía filtrante por glaucoma) y que es producida por bacteria, hongos o, en ocasiones aisladas, parásitos que penetran en el ojo. A pesar de los métodos de profilaxis pre y posoperatoria su incidencia es del 0,2 al 0,3%. La endoftalmitis tras la intervención de cataratas es una de las complicaciones (...) que conlleva la pérdida de visión (en) muchos casos./ Con carácter previo a la cirugía el reclamante firmó el documento de `consentimiento informado para la intervención de catarata`, (en el que) figura como riesgo `infrecuente o excepcional`, entre otros, `la infección de las diferentes estructuras del ojo`. A pesar de la profilaxis aplicada (antibióterapia previa y poscirugía y aplicación de Povidona Yodada antes de la intervención), desgraciadamente la infección se produjo”.

Concluye que “la complicación infecciosa (endoftalmitis) constituyó la materialización de un riesgo típico de este tipo de intervención, que el paciente conocía y asumió al firmar el documento de consentimiento informado”, por lo que procede desestimar la reclamación.

5. Mediante oficios de 9 de junio de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

6. Obra incorporado al expediente, asimismo, el informe emitido por un especialista en Oftalmología el 7 de agosto de 2015, a instancia de la entidad

aseguradora. En él pone de relieve la corrección de la indicación de la cirugía de cataratas, y afirma que “la evaluación preoperatoria realizada fue la adecuada e incluyó, tal y como es preceptivo, un consentimiento informado específico” en el que “de forma expresa se indica la posibilidad de una complicación tan seria como la endoftalmitis, con sus implicaciones de pérdida completa de visión (...). Durante la intervención se produjo una desinserción parcial del saco capsular, sin que ello impidiera realizar la cirugía de forma correcta y según la técnica habitual, lo que da idea de que el cirujano actuó de forma diligente y experimentada. Además, no se produjo ninguna incidencia que presagiara el desarrollo de una infección posterior./ Es preciso señalar que el paciente era alérgico a la penicilina y derivados. Por este motivo se le incluyó de forma expresa en un tratamiento preventivo de infecciones protocolizado para pacientes alérgicos. Es decir, lejos de que existiera negligencia alguna, se adaptó la cirugía a las especiales características del paciente, todo ello en evitación de complicaciones. Sin embargo, al ser alérgico no se le pudo poner el tratamiento intraoperatorio preventivo habitual de endoftalmitis. Esta es una situación inevitable en este tipo de pacientes, toda vez que solo existe un fármaco conocido cuya administración disminuye el riesgo de endoftalmitis posquirúrgica en el caso de cirugía de cataratas. Tal fármaco es la cefuroxima que presenta alergia cruzada con la penicilina. Por ello, la actuación fue correcta y cauta, si bien el riesgo de endoftalmitis en estos pacientes es algo mayor./ No obstante, el paciente recibió tratamiento alternativo frecuente con otro antibiótico (una quinolona), que es lo que debe hacerse en este tipo de pacientes alérgicos. Por ello, se puede decir que se tomaron todas las medidas preventivas conocidas encaminadas a minimizar el riesgo de endoftalmitis./ El paciente fue revisado, tal y como es habitual, al día siguiente a la cirugía, momento en el que no presentaba ningún indicio de esta seria infección./ Cuando a los dos días presentó los primeros signos de endoftalmitis fue ingresado sin demora y se le aplicó el tratamiento indicado con antibióticos intravítreos, tomándose además muestras para cultivo. Hay que señalar en este sentido que el germen aislado (*Streptococcus mitis*) era sensible al tratamiento instaurado. Sin embargo, la

respuesta fue mala. Esta situación no es infrecuente en presencia de endoftalmitis precoces, cuya evolución suele ser muy virulenta. El paciente permaneció ingresado sin una mejoría significativa y se mantuvo el tratamiento antibiótico por varias vías hasta que pudo ser dado de alta./ En un intento por recuperar visión se sometió al paciente a una vitrectomía meses más tarde, sin que recuperara visión por su ojo izquierdo. Esta actuación parece razonable y, en todo caso, su indicación y el momento más adecuado para su realización queda a criterio de los oftalmólogos que le hicieron el seguimiento”.

Concluye que “se trata de un caso de endoftalmitis tras cirugía de cataratas en un paciente alérgico a penicilina que, a pesar de un diagnóstico y tratamiento precoces, perdió la visión por la agresividad del cuadro, no pudiendo haberse tomado mayores medidas preventivas ni terapéuticas”.

7. El día 11 de agosto de 2015, emite informe un gabinete jurídico privado, también a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias. En él se establece, en primer lugar, la adecuación a la *lex artis* de la intervención de cataratas realizada, llevándose a cabo la “profilaxis pre y posoperatoria exigible”; en segundo lugar, la “inexistencia de antijuridicidad” y la correlativa “obligación jurídica de soportar el daño”, dado que “el paciente otorgó el correspondiente consentimiento informado”; en tercer lugar, la inexistencia de “relación causa-efecto” entre la actuación del servicio público de salud y el daño sufrido y, por último, se estima “que la acción de responsabilidad patrimonial ejercitada por el reclamante (...) ha prescrito”, pues “el diagnóstico de la infección en el ojo se realizó el 28 de marzo de 2013, y en la última revisión de 20 de enero de 2014 se confirmó el diagnóstico y la pérdida de visión, recibiendo el paciente el alta por los problemas de visión en el ojo intervenido el 26 de marzo de 2013. Por tanto, en último término el comienzo del cómputo a efecto de prescripción debemos situarlo en la fecha de esa última revisión (...), enero de 2014”.

8. Mediante oficio notificado al reclamante el 11 de septiembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El plazo transcurre sin que conste la presentación de alegaciones por parte de aquel.

9. El día 22 de octubre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que "la reclamación es extemporánea (...), ya que la última revisión que realizó en el Servicio de Oftalmología del (Hospital `Y´) fue el 22 de enero de 2014, dándosele el alta por estabilización de las lesiones, y la reclamación fue presentada el 23 de febrero de 2015, es decir, más de un año después de la estabilización de las lesiones". Añade que "la asistencia prestada al reclamante (...) fue acorde a la *lex artis*", y que "la endoftalmitis posquirúrgica constituyó la materialización de un riesgo típico de la cirugía de cataratas que el reclamante conocía y asumió".

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 9 de noviembre de 2015, 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.

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 12 de febrero de 2015, aportando el reclamante un informe de 28 de febrero de 2014 que -según indica- determinaría la fecha del "alta definitiva", pues en él "se confirma que sufro amaurosis". Sin embargo, la propuesta de resolución considera la reclamación "extemporánea (...), ya que la última revisión que realizó en el Servicio de Oftalmología del (Hospital `Y´) fue el 22 de enero de 2014, dándosele el alta por estabilización de las lesiones".

Al respecto, observamos que en el único informe obrante en el expediente que nos ilustra sobre este extremo -aportado por el reclamante y emitido por el Servicio de Oftalmología del Hospital "Y" el 28 de febrero de 2014- consta que "en el último control realizado en este Servicio el 20-01-2014 presentaba una agudeza visual corregida de 0.9 en su OD y amaurosis en su OI. En esa fecha es

dado de alta en este centro". De su literalidad se desprende que habría habido una consulta en la fecha indicada -20 de enero de 2014- y que habría causado entonces alta en el Servicio, pero, dado que la única documentación clínica incorporada al expediente es la procedente del centro en el que tuvo lugar la operación -Hospital "X"-, no figura en ella el informe correspondiente a la revisión y al alta que habría tenido lugar el 20 de enero. Por otra parte, la propuesta de resolución y el informe técnico de evaluación mencionan una fecha distinta -22 de enero de 2014- como la de "la última revisión" en el Hospital "Y", y esta no concuerda con el contenido del único informe obrante en el expediente al respecto, que, como hemos señalado, es de 28 de febrero de 2014.

Puesto que no disponemos de ningún informe de 20 de enero de 2014, ni tampoco de otro documento que contenga un alta médica formal en relación con el episodio de endoftalmítis, y debiendo actuar en el cómputo del plazo, de acuerdo con la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado, de un modo flexible, antiformalista y favorable a los perjudicados, cabe concluir que la reclamación presentada el día 12 de febrero de 2015 no es, en aplicación de un principio *pro actione*, extemporánea, lo que nos permite entrar en el fondo del asunto y analizar la pretensión del reclamante.

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, advertimos en la práctica administrativa, y en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 163/2015, entre otros, y a las consideraciones allí realizadas nos remitimos. Concretamente en el caso que nos ocupa, observamos que en la comunicación efectuada al reclamante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, se le indica como fecha de "entrada en la Administración del Principado de Asturias" el 26 de febrero de 2015, que no coincide con ninguna de las dos que constan como tales (en la solicitud presentada por el interesado figura el 12 de febrero de 2015 y en el oficio de remisión enviado desde la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el 23 de febrero de 2015). Por otro lado, la propuesta de resolución afirma que "la reclamación" -que califica como "extemporánea"- fue formulada "el 23 de febrero de 2015". Tal disparidad de fechas evidencia que la problemática registral que venimos poniendo de manifiesto presenta una trascendencia que obliga a su toma en consideración por la autoridad consultante.

Por último, 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.

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.- El reclamante solicita una indemnización por los daños sufridos tras una intervención para la erradicación de la catarata que padecía en su ojo izquierdo tras la cual sufrió una infección que supuso la pérdida de visión en el mismo.

Consta en el expediente que en los días posteriores a la cirugía llevada a cabo el 26 de marzo de 2013 el paciente presentó la complicación descrita (endofalmitis) con la consecuencia señalada, siendo diagnosticado de amaurosis en su ojo izquierdo.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre 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 eventualmente pueda sufrir 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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante 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.

El interesado se limita a invocar en su escrito inicial la existencia de una "mala praxis", pero no argumenta su imputación ni aporta informe médico alguno que justifique la misma. Nuestro análisis, por tanto, debe realizarse a la luz de la historia clínica y de los informes emitidos a petición del instructor del procedimiento.

Todos ellos subrayan que la endoftalmitis constituye una de las complicaciones inherentes a la cirugía de cataratas, y que como tal (con la precisión de ser "muy infrecuente o excepcional", pero constando que es la "más severa") figura en el documento de consentimiento informado suscrito por el reclamante (en fecha que no consta, aunque sí figura la de la intervención -"26-03-13"-), precisándose en él que "puede acabar con la pérdida del globo ocular".

Los informes también reseñan que para la prevención de esta complicación se adoptaron las medidas previas y posoperatorias pertinentes, adaptadas a las circunstancias del paciente, alérgico a la penicilina ("antibióterapia previa y poscirugía y aplicación de Povidona Yodada antes de la intervención"). Igualmente, consta la adecuación del tratamiento dispensado una vez detectada la infección; asistencia que el paciente no cuestiona.

Según explica el especialista que informa a instancia de la compañía aseguradora, la pérdida de visión se debió a la "agresividad del cuadro", a pesar de "un diagnóstico y tratamiento precoces".

En suma, la patología desencadenada constituye la materialización de un riesgo típico de la operación, específicamente recogida en el correspondiente documento de consentimiento informado, que se desarrolló pese a la adopción de las medidas preventivas pertinentes con arreglo a los protocolos establecidos.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,