

Expediente Núm. 196/2017  
Dictamen Núm. 194/2017

**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 6 de julio de 2017, 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 26 de mayo de 2017 -registrada de entrada el día 5 de junio de 2017-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por la asistencia sanitaria recibida, a la que atribuye la evisceración de su ojo izquierdo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 22 de septiembre de 2016, el interesado presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye al funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Expone que, “con antecedentes de leucoma corneal en ojo izquierdo por queratitis herpética y a seguimiento desde el año 2010 en el Hospital ‘X’ (...)

por catarata y palidez papilar con presión intraocular dentro de la normalidad, fue intervenido en el referido hospital, realizándosele facoemulsificación de cristalino de ambos ojos en el año 2014”.

Señala que “en sucesivos controles posteriores, a lo largo del año 2015, siguiendo los tratamientos pautados -tratamiento tópico, colirios (...)-, se le comunicó (...) que el ojo izquierdo no presentaba ninguna gravedad que pudiera llegar a suponer la pérdida del mismo, y se le fueron dando citas en el Servicio de Oftalmología (...). En fecha 16 de septiembre de 2015 acudió al Hospital `X` por dolor de ojo izquierdo que presentaba un estado muy rojizo (ojo rojo). En ese momento la agudeza visual era de 0,8 en ojo derecho y 0,1 en ojo izquierdo, con presión intraocular dentro de la normalidad, según los facultativos del (Hospital `X`´). El diagnóstico fue síndrome de párpado flácido y hemorragia subconjuntival espontánea AO. Se recomendó lágrima artificial a demanda y VitA-pos por la noche./ Ese mismo día (...) se citó (...) para consulta (...) el día 28 de septiembre de 2015 (...), a la que ya no acudió”.

Indica que “el diagnóstico no fue el correcto el día 16 de septiembre de 2015 y no se debió enviar al dicente a su domicilio con un simple colirio y citándolo para dos semanas después. No hubo una correcta exploración ese día 16, ni un adecuado tratamiento y seguimiento de las molestias que presentaba (...) en el ojo izquierdo en los meses previos en los que acudió al Hospital `X`´ (...). Como resultado del mal seguimiento, tratamiento y atención de las lesiones que presentaba en el ojo izquierdo (...) tuvo que ingresar en Urgencias del Hospital `Y`´ (...) el 24 de septiembre de 2015 por fuerte dolor en ojo izquierdo (...). A la exploración (...) se objetivó un `adelgazamiento corneal importante en (ojo izquierdo) (melting corneal) paracentral. Mínimo hipopion, inyección periquerática importante y globo ocular con percepción y progresión dudosa, dolorosa a palpación y muy hipertónico (...). Edema de partes blandas importante (...)`´. Se tomaron (...) cultivos de conjuntiva y córnea, y dada la limitación al tratamiento antibiótico se decide realizar al día siguiente, 25 de septiembre de 2015, evisceración del ojo izquierdo según técnica habitual”.

Entiende que “existían muchos tratamientos diferentes para las patologías del ojo izquierdo (...) antes de tener que recurrir a la cirugía. La mala

praxis por parte de los facultativos del Hospital `X´ propició que se tuviese que realizar una evisceración el día 25 de septiembre en el (Hospital `Y´) (...). Perdió el ojo izquierdo por la mala atención prestada” en el Hospital “X”.

Considera que “presentaba síntomas de gravedad en su ojo izquierdo 15 días antes de la intervención en el (Hospital `Y´) cuando acudió al (Hospital `X´), que ya arrastraba de meses anteriores, y no se le practicó una exploración completa ni se le pautó un tratamiento correcto. No tuvo un buen control por parte del personal del Hospital `X´”. Añade que “si se hubiese llegado a un diagnóstico acertado y se hubiera pautado el tratamiento correcto no se hubiese tenido que eviscerar el (ojo izquierdo) y (...) hubiese conservado el ojo”, y que “a pesar de llevar meses siendo visto por los sanitarios” del Hospital “X” “no se llevó un adecuado control de la enfermedad y ello” provocó la evisceración.

Solicita una indemnización que asciende a cien mil euros (100.000 €).

Acompaña diversa documentación médica relativa al proceso por el que reclama.

**2.** Mediante oficio de 28 de septiembre de 2016, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales de la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias traslada la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios. En el escrito figura como fecha de registro de salida el 28 de septiembre de 2016 y como fecha de entrada el 3 de octubre de 2016.

**3.** El día 18 de octubre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**4.** Con fecha 10 de noviembre de 2016, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital “X” y

una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia, ambos en soporte digital.

En el informe, suscrito por la Jefa del Servicio de Oftalmología el 7 de noviembre de 2016, se relata el proceso asistencial y se añade, como “comentario”, que “el paciente ha sido tratado según las recomendaciones establecidas con las limitaciones debidas a su estado general de paciente trasplantado e inmunodeprimido”.

**5.** El día 9 de noviembre de 2016, el Responsable del Área de Asuntos Jurídicos Generales de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por la médica que atendió al paciente en el Hospital “Y” y la historia clínica obrante en dicho centro.

En el informe, suscrito el 27 de octubre de 2016, se indica que el paciente “acude de urgencia derivado del Hospital ‘X’ (...) el día 24-09-2015 “por cuadro de absceso corneal izquierdo para iniciar tratamiento antibiótico y antiinflamatorio de amplio espectro en centro de referencia para trasplantados renales. En la exploración al ingreso se objetiva importante adelgazamiento corneal (historia previa de herpes corneal, tratado en su hospital de referencia), hipopión y ocupación de cavidad vítrea diagnosticada mediante ecografía. Previa consulta al Servicio de Nefrología, se instaura tratamiento con Ciprofloxacino y analgesia parenteral, y se procede a revertir tratamiento anticoagulante con el objetivo de conseguir una hemostasia adecuada. Dada la mala evolución del cuadro clínico en las 24 horas siguientes al ingreso, y tratándose de un ojo doloroso a la palpación, hipertónico, con dudosa percepción lumínica y gran edema de partes blandas, y ante la limitación del tratamiento antibiótico por su insuficiencia renal crónica, se decide evisceración del ojo ocular para prevenir la extensión de la infección a órganos vitales. Siendo satisfactoria la evolución posoperatoria se decide alta a su hospital de referencia”.

**6.** Mediante escrito de 12 de enero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas pone en conocimiento de la correduría de seguros la presentación de la reclamación y solicita que se recabe informe pericial de la compañía aseguradora.

**7.** Figura incorporado al expediente, a continuación, el informe médico suscrito por una especialista en Oftalmología el día 26 de marzo de 2017 a instancia de la compañía aseguradora. En él formula diversas consideraciones médicas sobre las úlceras corneales, y explica que cuando “curso con destrucción progresiva del estroma corneal, lo que llamamos melting corneal, hay un alto riesgo de pérdida permanente de visión por desestructuración completa de la arquitectura corneal”; condición que “es también el preludio de la perforación corneal, que puede conducir a la pérdida del globo ocular por sobreinfección, pérdida o inflamación severa del contenido ocular o involución del mismo./ Independientemente del origen de la úlcera corneal inicial, en el melting corneal se produce una liberación descontrolada de enzimas proteasas que producen una gelatinización de la córnea, que literalmente se derrite”. Se refiere también a las causas, síntomas y tratamiento de la endoftalmitis infecciosa.

Señala que en el supuesto planteado “la exploración del día 16-09-15 fue una exploración completa que incluyó agudeza visual, evaluación palpebral, biomicroscopia, tonometría y funduscopía. El motivo de consulta (ojo rojo) hubiera precisado exploración únicamente de las estructuras oculares anteriores; sin embargo, el estudio se extendió al segmento posterior del globo”, y afirma que el profesional que intervino “extremó su celo” e “hizo una exploración incluso más extensa de lo que era necesaria”, a partir de lo cual puede justificarse el diagnóstico alcanzado, pues el hiposfagma (colección de sangre subconjuntival) es característico de pacientes anticoagulados, como el interesado. Diagnóstico que, además, “concordaba con el motivo de consulta que motivó el acto médico (...), con episodios previos similares en este paciente”, y que “orienta en el evolutivo a que aún no había patología corneal activa que de forma casi constante curso con importante dolor, tal como ocurrió

días después”. Añade que “el oftalmólogo continuó hasta completar la exploración y evaluó (...): Los párpados, que presentaban flacidez severa, patología crónica que predispone a alteraciones en la superficie ocular (...). La córnea, que presentaba un leucoma sin actividad (...). La posición del cristalino (...). La presión intraocular, que era de 15 mmHg, dentro del rango de la normalidad, no elevada como unos días más tarde cuando la patología infecciosa estaba presente (...). El nervio óptico (excavación vertical), la retina (atigrada) y el estado del humor vítreo (hialosis). Todo ello, igual que antes, solo puede explorarse si hay transparencia de medios, y para ello se ha de pasar con la luz a través de la córnea, de tal modo que si hay patología llamativa en ella el oftalmólogo la percibe”.

Tras mencionar que se desconoce si el paciente siguió el tratamiento prescrito para la sequedad ocular (humectantes), razona que “puede llegarse claramente a la conclusión de que el día 16-09-15 no se había iniciado el proceso por el que luego hubo de eviscerarse el globo./ Una vez aclarada la situación del 16-09-15, puede explicarse cómo se llegó a la situación de evisceración 8 días más tarde (...): El paciente tenía una alteración en la dinámica lagrimal que produce pequeños defectos en el epitelio corneal, que por ser diabético tardan más en curar que en un paciente no diabético (normalmente cierran en 24-72 horas) (...). Probablemente una de las pequeñas desepitelizaciones que se producen en la queratitis (...) progresó hacia una forma de melting corneal con adelgazamiento (...). A continuación se sobreinfectó con un germen rápido y agresivo, a lo que también estaba predispuesto el paciente por ser diabético y estar inmunodeprimido”. Aunque no dispone del resultado del cultivo, recuerda que “el paciente además padecía diarrea crónica y que precisamente las enterobacterias son de las más agresivas cuando asientan en una lesión corneal previa. También se trata de un paciente polimedicado y frecuentador de ambientes hospitalarios, que pudo contraer flora oportunista como la *Pseudomona*, que es una bacteria sumamente agresiva y rápidamente destructora del ojo (...). También pudo producirse primero la sobreinfección de un defecto corneal por un germen con efecto caseificante y a continuación el adelgazamiento de la córnea (...). Debido a la

inmunosupresión del paciente (obligada para evitar el rechazo del riñón trasplantado), la infección progresó rápidamente produciendo un aumento importante del tono ocular. Las infecciones producidas por ciertos gérmenes (ej. *Pseudomonas aeruginosa sp*) pueden producir una endoftalmitis capaz de acabar en 24 horas con el ojo de un paciente inmunocompetente, cuanto más en uno inmunocomprometido. Según consta en la exploración, se produjo una tumefacción de párpados y tejidos perioculares (partes blandas), lo que hizo temer a los médicos que la infección se estuviera extendiendo a la órbita poniendo en peligro (...) el encéfalo. Como además el tratamiento antibiótico estaba limitado por el estado del riñón (consta que se consultó con otros especialistas a este respecto) y el estado del ojo ya era irrecuperable, se decidió eviscerar el ojo de forma urgente para controlar la infección”.

Concluye que “los datos apuntan a que no había un proceso corneal activo en la visita del 16-09-15, y que en el intervalo de tiempo hasta el 24-09-15 se produjo un defecto corneal favorecido por la alteración en la dinámica lagrimal, la patología palpebral y la diabetes del paciente. Este tipo de lesiones pueden minimizarse con el uso de terapia humectante que se pautó de forma intensiva y que no sabemos si el paciente cumplió (...). Lo sucedido (...) no es excepcional en la práctica clínica entre pacientes ancianos con pluripatología e inmunosupresión”.

Por último, observa que “el paciente firmó el consentimiento informado de la evisceración, a la que podía haberse negado si hubiera preferido conservar el globo arriesgándose a complicaciones mayores”.

**8.** Mediante escrito notificado al reclamante el 7 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Consta la comparecencia de un letrado, que aporta un poder notarial que acredita su condición de representante del afectado, en las dependencias administrativas el 21 de ese mes para examinar el expediente, entregándosele un CD que contiene una copia del mismo.

**9.** El día 28 de abril de 2017, el representante del interesado presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación inicial. Señala que los informes emitidos por los servicios hospitalarios no valoran la conformidad con la *lex artis* de la actuación médica, y cuestiona las conclusiones sobre el origen de la infección realizadas por la especialista que informa a instancias de la compañía aseguradora, dada la ausencia de cultivo.

Subraya que “en todo momento se responsabiliza a mi representado por su avanzada edad y estado clínico general previo, sin considerar en ningún caso que, dado el estado que presentaba el ojo izquierdo del reclamante el día 16 de septiembre, se podía presagiar que ocurriese lo que finalmente ocurrió, que en 8 días el estado del ojo fuese irrecuperable (...). Evidentemente, el reclamante firmó el consentimiento de la evisceración, ya que no se le planteó alternativa, posiblemente porque ya en ese momento (día 24-25 de septiembre) no la hubiera. Al reclamante se le debió citar en el (Hospital `X´) para antes del día 28 de septiembre (...), después del episodio del día 16 de septiembre, para seguir la evolución de forma correcta”.

**10.** Con fecha 11 de mayo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en los informes obrantes en el expediente. Afirma que “la agudeza visual con carácter previo a la evisceración era 0,1”, y concluye que “no queda acreditado el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio sanitario público y los daños alegados”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de mayo de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación del interesado interpuesta el día 22 de septiembre de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

**SEGUNDA.-** Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la 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 el día 22 de septiembre de 2016, habiendo tenido lugar el episodio asistencial del que trae causa (la evisceración del ojo izquierdo del paciente) el día 25 de septiembre de 2015, 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 Responsabilidad Patrimonial. 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, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Sin embargo,

observamos que en este caso la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias, como venía haciendo habitualmente.

Por otra parte, apreciamos insuficiencia en el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital "X" -puesta de manifiesto por el reclamante en las alegaciones formuladas durante el trámite de audiencia-, pues se limita a describir el proceso asistencial prestado y a afirmar el seguimiento de las recomendaciones generales aplicables según el estado del paciente, sin abordar, por tanto, la concreta imputación que le concierne. Pese a ello, no se estima pertinente en este momento la retroacción de las actuaciones, toda vez que el resto de la documentación incorporada al expediente permite un pronunciamiento de fondo sobre la controversia que se suscita.

Por último, se advierte 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 derivados de la pérdida de su ojo izquierdo, que fue extirpado al sufrir una grave infección cuya evolución atribuye a una deficiente asistencia previa por parte del centro hospitalario en el que fue atendido.

Del examen del expediente resulta acreditada la evisceración, por lo que consideramos acreditada la existencia de un perjuicio cierto para el interesado.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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*.

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 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 caso que nos ocupa el interesado no aporta ningún informe médico que apoye sus alegaciones. En consecuencia, este Consejo ha de formar su juicio con base en los informes incorporados al expediente por la Administración a lo largo del procedimiento.

El perjudicado afirma que en la asistencia prestada el día 16 de septiembre de 2015 no se realizó un diagnóstico correcto, al no haberse llevado a cabo una exploración y tratamiento adecuados ante el síntoma que presentaba (ojo rojo). Además de atribuir a esa deficiente atención la grave evolución posterior, que culminó con la enucleación, considera que “existían muchos tratamientos diferentes para las patologías del ojo izquierdo” que permitían evitar la cirugía (aunque en las alegaciones formuladas durante el trámite de audiencia reconoce que probablemente no había otra opción en ese

momento). Sin embargo, no aclara qué tratamientos procedían, ni tampoco qué omisiones constata en la exploración realizada el día 16 de septiembre de 2015.

Frente a ello, el informe emitido por la especialista a instancia de la compañía aseguradora detalla la extensión de la exploración realizada en esa fecha, que califica incluso como “más extensa” de lo que procedía atendiendo al único síntoma (ojo rojo) que presentaba el paciente en ese momento. Del resultado de dicha exploración concluye, además, que “claramente” en aquella fecha “no se había iniciado el proceso por el que luego hubo de eviscerarse el globo”. Explica también las circunstancias que originan la rápida evolución y la decisión médica quirúrgica, necesaria ante la probabilidad de extensión de la infección a otros órganos vitales y teniendo en cuenta que “el estado del ojo ya era irrecuperable”. Respecto a sus conclusiones, en las alegaciones realizadas con ocasión del trámite de audiencia el reclamante se limita a cuestionar las relativas al origen de la infección, pero entendemos que la ausencia de la concreta filiación del germen que la produjo resulta irrelevante, pues resulta incuestionable que se trataba de un “germen rápido y agresivo” responsable del fulminante deterioro del ojo.

Es doctrina reiterada de este Consejo que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza. En el caso que nos ocupa no resulta acreditado que el paciente presentara el día 16 de septiembre de 2015 signos de padecer la infección posteriormente desarrollada, y tampoco se ha probado, ni siquiera sugerido, que existiera un tratamiento alternativo a la opción quirúrgica radical adoptada una vez instaurado el proceso infeccioso.

Por último, resulta infundada la consideración como tardía de la consulta de revisión prevista para el día 28 de septiembre, ya que en el momento en que aparecieron nuevos síntomas se prestó al paciente la asistencia necesaria, sin que exista justificación alguna que avale que la infección se presentó antes del día 24.

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,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.