

Dictamen Núm. 183/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 28 de julio de 2022, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 11 de mayo de 2022 -registrada de entrada el día 17 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia de la pérdida de visión que achaca a la defectuosa práctica de una cirugía de cataratas en un centro público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 10 de septiembre de 2021, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a raíz de “una defectuosa operación de catarata del ojo izquierdo” que “le ha ocasionado como daño desproporcionado una luxación del núcleo de su cristalino y una lesión permanente en el nervio óptico”.

Expone que se le habían realizado anteriormente “diversas operaciones por el Servicio de Oftalmología del Hospital”, entre ellas las de desprendimiento de retina practicadas en ambos ojos (en el derecho el 20 de diciembre de 2017 y en el izquierdo el 4 de abril de 2018), y que el 9 de septiembre de 2020 es intervenido de catarata en el ojo izquierdo, concluyendo la cirugía “sin éxito, ocasionándose al paciente una luxación del núcleo del cristalino y elevándose la presión intraocular de dicho ojo izquierdo hasta 62 milímetros de mercurio (mmHg)”.

Señala que “durante cinco días acudió al hospital a que se le inyectara en vena Manitol al objeto de reducir esa enorme presión intraocular, pese a lo cual esta solo se redujo a 33 mmHg”, y que “finalmente el 14 de septiembre de 2020 (...) acudió de nuevo para practicar la intervención de vitrectomía pars plana y facoaspiración del ojo izquierdo, recogándose en la historia actual: ‘luxación de núcleo a cámara vítrea en OI durante cirugía de facoemulsificación. Hipertensión ocular poscirugía’, manteniéndose el diagnóstico principal de ‘luxación núcleo cristalino OI’”.

Afirma que “el resultado es que el reclamante soporta un daño crónico del nervio óptico en el ojo izquierdo que le impide ver y leer”.

Entiende que la atención recibida le “ha ocasionado un daño desproporcionado (...), por ser contrarios a la *lex artis*” los actos médicos, “circunstancia que habrá de desembocar en una responsabilidad patrimonial de la Administración que proporciona ese servicio, cual es el (Servicio de Salud del Principado de Asturias)”; más concretamente, reprocha a la actuación sanitaria “la defectuosa ejecución de la técnica operatoria” en una “rutinaria operación”.

Solicita una indemnización de cuarenta mil euros (40.000 €).

Propone la práctica de prueba testifical-pericial, mediante el interrogatorio de diversos facultativos públicos y privados, y documental, consistente en la documentación que adjunta.

2. Mediante oficio de 14 de octubre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha

de recepción de su reclamación, 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 21 de octubre de 2021, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia y el informe del Servicio de Oftalmología, lo que se reitera el 17 de diciembre de 2021.

4. Con fecha 20 de diciembre de 2021, el Gerente del Área Sanitaria V le remite la documentación solicitada.

En el informe librado por el Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital se describen los hitos del proceso asistencial del paciente desde el 9 de diciembre de 2017, y se señala, respecto a la cirugía que da lugar a la reclamación, que la complicación surgida -luxación de cristalino a cámara posterior de ojo- "aparece descrita y explicada en el punto 4 (riesgos y complicaciones que pueden aparecer en la cirugía de catarata) del consentimiento informado explicado y entregado, donde entre otras complicaciones graves figuran "desplazamiento del cristalino, glaucoma".

Indica que "como consecuencia del desplazamiento del cristalino a cámara posterior se produce una inflamación con elevación de la presión intraocular (glaucoma) que es, en primer lugar, tratada con tratamiento médico y posteriormente (14 de septiembre de 2020) con tratamiento quirúrgico mediante vitrectomía y rescate del núcleo del cristalino, consiguiéndose la bajada de la presión intraocular pero no la recuperación funcional completa como consecuencia de la hipertensión previa que, como en todo glaucoma, provoca un daño de las fibras nerviosas del nervio óptico". Afirma que la complicación surgida es "infrecuente pero descrita en todos los manuales oftalmológicos y explicada en los consentimientos previos; aunque no impresiona desproporcionada a dicha complicación cuando la agudeza de partida de dicho ojo -según informe clínico inicial (de un centro privado) era de 0,2 (o 0,44 tras

cirugía de desprendimiento)-, siendo la normal en un ojo sin alteraciones previas de 1,0”.

5. Mediante oficio de 7 de enero de 2022, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios acuerda acceder a la prueba documental solicitada y denegar la realización de las testificales, “ya que no se justifica el motivo de la petición” y se considera “que con la documentación aportada (...) y la solicitada por este órgano instructor existen suficientes elementos de juicio para valorar la praxis médica”.

6. Con fecha 14 de marzo de 2022 emiten informe pericial, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, dos especialistas, una de ellas en Oftalmología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él destacan que el paciente presentaba en diciembre de 2016 los siguientes antecedentes oftalmológicos: “miopía magna con astigmatismo en ambos ojos (> 18 dioptrías)./ Maculopatía miópica en ambos ojos con gran coroidosis miópica./ Sospecha de queratocono en ojo izquierdo (topográficamente)”, siendo “la agudeza visual mejor corregida en este momento (...) de 0,4 en el ojo derecho y de 0,2 en el ojo izquierdo”.

Refieren que “la miopía magna es la principal causa de discapacidad visual y una causa importante de ceguera (...). Cuando se tiene miopía magna existe un mayor riesgo de padecer anomalías oculares. Se ha asociado a un mayor riesgo de tener cataratas, glaucomas, desprendimiento de retina y degeneración macular miópica (...) La progresión de la miopía patológica (...) se asocia a una disminución progresiva de la agudeza visual corregida (...), por lo que se trata de una importante causa de incapacidad visual que se ve potenciada al tratarse de una patología frecuentemente bilateral, irreversible y que afecta a la población en edad laboral. Aunque un componente importante de la pérdida visual asociada a la (miopía patológica) es debido a la neovascularización coroidea (...), la atrofia coriorretiniana asociada a la miopía (...) implica también una pérdida

considerable de función, para la cual hasta el momento no existe ninguna opción terapéutica”.

Finalmente, señalan que “el queratocono se produce cuando la córnea (la superficie frontal transparente y en forma de cúpula del ojo) se hace más fina y gradualmente sobresale en forma de cono./ Una córnea en forma de cono provoca visión borrosa y puede producir sensibilidad a la luz y al resplandor. El queratocono suele afectar a ambos ojos, aunque a menudo afecta más un ojo que al otro. Generalmente comienza a afectar (...) entre los 10 y los 25 años de edad. La afección puede progresar lentamente durante 10 años o más./ En las primeras etapas del queratocono es posible corregir los problemas de visión con anteojos o lentes de contacto (...). Si la afección progresa hasta una etapa avanzada es posible que se necesite un trasplante de córnea”.

Respecto de las cirugías practicadas en septiembre de 2018, señalan que el paciente “ha sido informado, en tiempo, forma y con detalle, del procedimiento a realizar y de sus potenciales riesgos”, y que “la técnica empleada” tanto en la cirugía de catarata como en la posterior para extraer los restos del cristalino luxado ha sido “acorde a la normopraxis”. Destacan que el enfermo cumplía “los criterios necesarios para ser intervenido de cirugía de catarata en el ojo izquierdo”, si bien “la cirugía de catarata en un paciente miope magno previamente vitrectomizado implica un procedimiento de alto riesgo para el desplazamiento del cristalino durante la intervención”. Significan, por otra parte, que “el seguimiento posoperatorio de la cirugía de catarata se realiza de forma estrecha y diaria hasta el control tensional y la recuperación de la transparencia corneal que permita una cirugía de vitrectomía segura. La hipertensión ocular tras la cirugía de catarata es tratada con tratamiento médico máximo, suponiendo un riesgo minimizado para la función visual, por ser limitada en el tiempo (4 días). La vitrectomía se realiza en el plazo correcto y transcurre sin complicaciones./ En las revisiones posteriores se documenta la presencia de un nervio óptico de buen color y con un grosor dentro de límites normales en la tomografía. En ese momento no se puede objetivar lesión alguna

del nervio óptico. También se observa la progresión del queratocono del ojo izquierdo, hecho que impide una mejoría de la agudeza visual”.

Refieren que “el paciente es evaluado en otro centro cuatro meses después de la última cirugía en el ojo izquierdo. En ese momento se objetiva (...) una maculopatía degenerativa de origen multifactorial, queratocono y afaquia. Se describe una palidez papilar en el fondo de ojos sin prueba objetiva o subjetiva que demuestre el daño estructural o funcional./ En otra revisión en otro centro, un año después de la cirugía en el ojo izquierdo, el paciente presenta un defecto en el campo visual de ambos ojos y se diagnostica de un glaucoma miópico bilateral por el que se instaura tratamiento médico con hipotensores en ambos ojos./ La visión previa a la cirugía de catarata del ojo izquierdo era de 0,1 sin posibilidad de mejorar con graduación. Tras la cirugía la agudeza visual fue de 0,05. La maculopatía miópica, el queratocono y el glaucoma son patologías que ocasionan una pérdida progresiva de agudeza visual *per se*. Esto hace difícil establecer una relación de causalidad entre pérdida de agudeza visual total de 0,05 entre la cirugía previa de catarata y la última revisión del paciente meses después. Esta pérdida de agudeza visual a lo largo del tiempo se puede corresponder a la progresión de patologías previas y de curso progresivo que presentaba el paciente. No existe una prueba objetiva ni subjetiva que documente un daño funcional o estructural del nervio óptico del paciente tras la cirugía de catarata. Las pruebas que demuestran una alteración del campo visual, que además afecta también al ojo ‘sano’, son de 12 meses después de la cirugía, tiempo suficiente para atribuir el daño del nervio óptico a la progresión del glaucoma asociado a la miopía que presenta”. Por ello, afirman que “el nexo causal entre las intervenciones quirúrgicas realizadas al paciente y el daño objeto de la reclamación no se puede considerar de tipo cierto, directo y total. En las revisiones sucesivas se puede objetivar que la hipertensión ocular acontecida tras la cirugía de catarata no supuso un daño estructural en el nervio óptico, y este daño pudo ser derivado de la evolución del glaucoma miópico a lo largo de los meses tras los cuales fue diagnosticado posteriormente el paciente”.

En suma, concluyen que “el paciente fue visto, tratado y seguido de forma estrecha y acorde a la *lex artis* por los profesionales” del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y que “no se puede considerar que exista un daño desproporcionado puesto que los hechos acontecidos están descritos, informados y aceptados por el paciente al firmar el consentimiento informado. No existe una ejecución defectuosa en el procedimiento realizado sino un acontecimiento descrito y posible en este procedimiento quirúrgico”.

7. Mediante oficio notificado al interesado el 28 de marzo de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

8. El día 13 de abril de 2022, el reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que manifiesta, en primer lugar, que los riesgos incluidos en el consentimiento informado “aparecen expuestos a modo de lista. En ningún caso están explicados, como puede observarse en el documento normalizado”, sin que conste algún “tipo de explicación accesoria al paciente, a sabiendas de su situación clínica y de su falta de conocimientos de la materia”.

Reprocha al servicio público que siendo conocedor de que “los riesgos (...) aumentaban exponencialmente en el paciente, debido a sus antecedentes”, según se señala en el informe pericial librado a instancias de la entidad aseguradora, el apartado correspondiente a los “riesgos personalizados” del documento de consentimiento informado se encuentra “en blanco”. Considera, por ello, “que existe una clara deficiencia por parte de los facultativos en cuanto a la información dada (...) referente al marco desde el que se afronta la intervención (en qué consiste la operación y si es beneficiosa para el paciente atendiendo a sus antecedentes personales), así como en lo que respecta al alcance de los riesgos y el aumento de los mismos”. Denuncia, por otra parte,

que el facultativo que informa y suscribe el documento de consentimiento informado no sea el médico interviniente.

En cuanto a la relación de causalidad, considera que en el informe del Servicio afectado "se reconocen dos aspectos esenciales: en primer lugar, la manifiesta relación de causalidad existente entre la cirugía de catarata y el resultado dañoso, la existencia de glaucoma causado por el aumento de la presión intraocular como consecuencia de la luxación del núcleo del cristalino en OI. Y, en segundo lugar, se reconoce (...) que el paciente presenta un cuadro clínico con los suficientes antecedentes como para que se le haya informado de forma clara y concisa sobre sus antecedentes clínicos y la estrecha relación de estos con el incremento exponencial de los riesgos que se asumirían en una intervención quirúrgica de catarata". Entiende que el informe del Servicio interviniente asume la relación entre el glaucoma y la elevación de la tensión ocular producida a resultas de la complicación quirúrgica y, por tanto, contradice las consideraciones del informe pericial aportado por la compañía aseguradora, en las que se cuestiona que el daño objeto de reclamación pueda imputarse directamente a la complicación quirúrgica.

Por todo ello, se ratifica en su pretensión indemnizatoria.

9. Con fecha 20 de abril de 2022, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que "la luxación del cristalino y el consiguiente glaucoma constituyó la materialización de uno de los riesgos típicos de la cirugía de cataratas, que el interesado conocía y asumió al suscribir el documento de consentimiento informado donde se describe este tipo de riesgo. El paciente presentaba patologías previas progresivas (queratocono, miopía magna y maculopatía miópica)" que "son suficientes para justificar una pérdida de agudeza visual en el tiempo de 0,05, sin poder demostrarse que esta pérdida pueda ser debida a los procedimientos realizados. Una vez aparecida la complicación se pusieron todos los medios para tratar de solucionarla o minorar sus efectos".

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de mayo de 2022, 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 Salud, 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), 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 como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la

indemnización o se manifieste 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 10 de septiembre de 2021, habiendo tenido lugar la cirugía que se reputa defectuosamente realizada el día 9 de septiembre de 2020, si bien consta en el expediente que hubo de someterse a una nueva intervención, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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.

Observamos, por otra parte, que el instructor del procedimiento ha procedido correctamente al rechazar, mediante resolución motivada, la incorporación al expediente de la prueba testifical-pericial pues la misma resulta innecesaria.

Sin embargo, 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. 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 34 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que el interesado reclama una indemnización por la pérdida de agudeza visual que atribuye a la materialización de una complicación típica en una cirugía de cataratas.

La realidad de la pérdida de visión sufrida resulta de los diversos informes médicos aportados al expediente y, por tanto, debe tenerse por probada, al margen de cuál deba ser su valoración económica y con independencia de si es consecuencia de la cirugía o debida a otras patologías previas del paciente; cuestiones ambas que examinaremos más adelante de resultar procedente.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 poder 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.

También viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de estos supuestos, 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 concreto que analizamos debemos abordar, en primer lugar, si la pérdida visual que el reclamante presenta constituye un auténtico daño desproporcionado en sentido técnico jurídico que dé lugar a la consiguiente inversión probatoria.

Como viene manifestando este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 143/2020 y 224/2021), "la doctrina del daño desproporcionado, con la que se altera la carga de la prueba ante la dimensión de las lesiones causadas, está llamada a operar ante resultados lesivos inexplicables o impropios del acto médico al que se somete el paciente, pero no ante la materialización de los riesgos descritos, conocidos y específicos, del tratamiento dispensado. Al respecto, el Tribunal Supremo ha señalado que el daño desproporcionado tiene lugar en `los casos en que el acto médico produce un resultado anormal e

inusualmente grave y desproporcionado en relación con los riesgos que comporta la intervención', en conexión con 'los padecimientos que se trata de atender' (Sentencia de 10 de julio de 2012 -ECLI:ES:TS:2012:5508-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª). Como se declara en la Sentencia de 6 de abril de 2015 -ECLI:ES:TS:2015:1788- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), la doctrina del daño desproporcionado o 'resultado clamoroso' se aplica cuando tal resultado lesivo causado no se produce normalmente, o no guarda relación o proporción con la entidad de la intervención y no era previsible, es inesperado e inexplicado (...), pero es inasumible -por su desproporción- ante lo esperable de la intervención. Esto integra su antijuridicidad, cerrándose el paso a la posibilidad de pretextar un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado. De esta manera no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución". En el mismo sentido se ha pronunciado el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, entre otras, en la Sentencia de 26 de febrero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:541- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª).

En el caso que nos ocupa, la luxación de cristalino a cámara posterior de ojo constituye un riesgo típico de la cirugía de cataratas a la que se sometió el paciente, conocido y consentido por él según evidencia el documento de consentimiento informado que obra en los folios 21 y 22 de la historia clínica en papel, en el que se recoge entre los "riesgos (...) que pueden aparecer" el "desplazamiento del cristalino". En consecuencia, los daños derivados de tal complicación no pueden considerarse desproporcionados.

Ahora bien, puesto que la obligación de soportar la materialización de las complicaciones típicas de cualquier intervención quirúrgica -conocidas y asumidas por los pacientes al suscribir el documento de consentimiento informado- únicamente opera en el contexto de una atención irreprochable desde el punto de vista técnico y no en otro caso, pues, como este Consejo viene señalando reiteradamente (por todos, Dictámenes Núm. 224/2013 y 85/2015), "el documento de consentimiento informado no puede operar como

salvoconducto en la actuación sanitaria haciendo pechar a los pacientes con los daños sufridos por el mero hecho de estar reflejados en él, esto es, con independencia de la buena o mala praxis empleada”, hemos de examinar a continuación la corrección del acto médico en el asunto analizado. Al respecto, y en ausencia de prueba que demuestre que la actuación de los facultativos intervinientes fue técnicamente incorrecta como afirma el reclamante, nuestro juicio ha de formarse a la vista del conjunto documental constituido por los informes médicos librados a instancias del servicio público, cuyas consideraciones técnicas no han sido rebatidas de manera fundada por el perjudicado en el trámite de audiencia. Resulta del informe librado por los especialistas a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias que el paciente fue “informado, en tiempo, forma y con detalle, del procedimiento a realizar y de sus potenciales riesgos”, y que “la técnica empleada” tanto en la cirugía de catarata como en la posterior para extraer los restos del cristalino luxado fue “acorde a la normopraxis”. Destacan los especialistas, por otra parte, que se llevó a cabo un estrecho seguimiento posoperatorio “hasta el control tensional y la recuperación de la transparencia corneal” con el fin de poder realizar la vitrectomía con seguridad. La rapidez en el control de la hipertensión ocular, limitada al espacio de cuatro días, posibilitó, según señalan aquellos, que el riesgo para la función visual fuese mínimo. En el mismo informe se asevera que el paciente cumplía “los criterios necesarios para ser intervenido de cirugía de catarata en el ojo izquierdo”, si bien se indica a continuación que “la cirugía de catarata en un paciente miope magno previamente vitrectomizado implica un procedimiento de alto riesgo para el desplazamiento del cristalino durante la intervención”. La última de las aseveraciones conduce al interesado a sumar al reproche de mala praxis en la práctica de la cirugía el de cumplimiento defectuoso del deber de informar, pues -según afirma en el escrito de alegaciones- el doctor informante no le comunicó que como consecuencia de su patología previa existía un riesgo aumentado de que se produjese el desplazamiento del cristalino en el curso de la cirugía. Por otra parte, no existe prueba de que se facilitase al paciente la citada

información, pues en el documento de consentimiento informado suscrito por él el apartado de “riesgos personalizados” figura en blanco. Ahora bien, estimamos que en el caso concreto tal circunstancia no puede ser objeto de reproche, toda vez que -como resulta del mismo documento- la abstención quirúrgica también implicaba riesgos para el paciente. En efecto, se indica en el apartado intitulado “¿qué sucede si no se opera la catarata?” que “el único tratamiento para la catarata es la intervención quirúrgica. En la gran mayoría de los pacientes no existe peligro si no se opera de la catarata, salvo el inconveniente de la disminución de la visión. En casos aislados, la catarata puede producir complicaciones como aumento de la presión ocular o inflamaciones oculares. En algunos casos está indicada para mejorar la visualización de la retina con el fin de facilitar el seguimiento de enfermedades retinianas o aplicar otras técnicas (por ej. láser, angiografías...)”. Al respecto, sobre el alcance de la obligación de informar al paciente cabe traer a colación la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 5 de febrero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:321- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) citada por el reclamante en el escrito de alegaciones, en la que se expresa que “son las circunstancias objetivas y subjetivas que concurren en cada caso, las que nos indicarán el efecto jurídico que puede producir en atención a la operación quirúrgica indicada o tratamiento médico y nunca de forma generalizada, la ausencia o insuficiencia del consentimiento informado, en el sentido de si podrá constituir un factor determinante de la responsabilidad patrimonial en la prestación del servicio público sanitario”, señalándose asimismo que “el consentimiento y la información expuesta previamente ha de ajustarse a estándares de razonabilidad (...). Hemos dicho en multitud de ocasiones también que la información previa a la actividad médica no puede ser excesiva, ilimitada, ya que de lo contrario puede contrarrestar la finalidad de la misma. No cabe pretender que en la información previa se constaten todos y cada uno de los riesgos y posibilidades existentes pues el exceso produciría un efecto contrario a la finalidad de claridad y ponderación exigida por el instituto del consentimiento informado”.

El perjudicado reprocha, además, al servicio público que no le haya informado el facultativo que practicó la cirugía. En relación con esta cuestión, ha de señalarse que el artículo 4.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, implica en el cumplimiento del derecho a la información asistencial tanto al “médico responsable del paciente” como al resto de “profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto”. Por tanto, de acuerdo con dicha Ley cualquiera de los anteriormente citados podrá informar al paciente, resultando razonable que sea solamente uno de ellos quien actúe como informador.

En cuanto a la relación de causalidad entre los daños sufridos y la cirugía practicada en el ámbito del servicio público sanitario, cabe destacar -como señalan los especialistas que informan a instancias de la entidad aseguradora- que “no existe una prueba objetiva ni subjetiva que documente un daño funcional o estructural del nervio óptico del paciente tras la cirugía de catarata”, pues “las pruebas que demuestran una alteración del campo visual, que además afecta también al ojo ‘sano’, son de 12 meses después de la cirugía, tiempo suficiente para atribuir el daño del nervio óptico a la progresión del glaucoma asociado a la miopía que presenta” o al resto de las patologías previas progresivas que padece.

En cualquier caso, aunque la pérdida visual que presenta el interesado pudiera imputarse en su totalidad a la complicación surgida en la cirugía de catarata tal daño no podría reputarse antijurídico, pues -como hemos indicado- se debe a la materialización de un riesgo propio de la técnica quirúrgica conocido y consentido por él al suscribir el documento de consentimiento informado que, por tanto, tiene la obligación de soportar.

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

LA PRESIDENTA,