

Dictamen Núm. 86/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de mayo de 2025, 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 7 de abril de 2025 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de una operación de cataratas en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 20 de abril de 2024 un abogado, en nombre y representación del interesado, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Salud- por los daños sufridos por la deficiente práctica de una cirugía de cataratas en un hospital público, tras la que el paciente, octogenario, ha perdido la visión del ojo operado, además de padecer deformidad en la cara y orbitaria, todo lo cual, entiende, “se pudo haber evitado siguiendo el protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología”.

Expone que el reclamante acude, el día 20 de abril de 2023, al Hospital "X" para someterse a una cirugía en el ojo izquierdo "realizada el mismo día con facoemulsificación bajo anestesia tópica, sin embargo, no se procedió al implante de lente intraocular de cámara posterior. No hay evidencia en el informe de alta que indique si la intervención se suspendió debido a agitación del paciente. El alta hospitalaria se otorgó el 20 de abril de 2023". Añade que el día siguiente "se llevó a cabo una revisión por Oftalmología en el Hospital 'X' (...), donde se informó a sus familiares sobre un posible 'sangrado posterior'. Se programó seguimiento ambulatorio para el 25 de abril de 2023 para evaluar la necesidad de remisión al (Hospital 'Y') para una ecografía ocular, aunque no se dispone de un informe formal./ Durante el fin de semana, el paciente experimentó un empeoramiento, presentando el 23 de abril un ojo más hinchado con hematoma prioritario y sangrado externo al apósito. Ese mismo día, acudió a urgencias del Hospital 'Y' por molestias oculares, diagnosticándose hemorragia subconjuntival y la dilatación pupilar en el ojo tratado. Se recomendó una valoración por Oftalmología de guardia del (Hospital 'Y')". Explica que, en la misma fecha, el afectado fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital "Y" diagnosticándosele una "celulitis preseptal/inflamación posquirúrgica y se le mantuvo en observación para administrar analgesia y la primera dosis de antibióticos profilácticos. El 24 de abril, se confirmó su ingreso con un diagnóstico de hemorragia expulsiva posoperatoria en el ojo izquierdo. Se había programado una cirugía de retina, pero se canceló debido a su estado de decaimiento./ Un tac facial/senos con contraste realizado el 26 de abril de 2023 reveló un aumento de la densidad del globo ocular izquierdo (...), hemorragia intraocular masiva, sin descartar una hemorragia subcoroidea. No se detectaron complicaciones orbitarias asociadas./ Se realizaron interconsultas en Medicina Interna y Neurología debido al decaimiento general y desorientación conductual del paciente, respectivamente. Se observó un deterioro progresivo en un contexto de demencia previa, sin cambios significativos en comparación con estudios anteriores (...). El diagnóstico definitivo fue hemorragia vítrea y desprendimiento coroideo hemorrágico en el ojo izquierdo. El alta hospitalaria se dio el 3 de mayo de

2023 (...). Las revisiones en Oftalmología del Hospital `Y` el 12 de mayo y el 18 de octubre de 2023 mostraron una mejora en el estado de ánimo del paciente. El ojo izquierdo no percibía luz ni dolor, presentando una córnea con impregnación hemática. Se decidió no intervenir en el ojo izquierdo (...), posponiendo la decisión de operar la catarata del ojo derecho hasta octubre”.

Entiende que “debido al negligente tratamiento” en el Hospital “X”, “sufrió una hemorragia coroidea que le produjo la pérdida de visión del ojo izquierdo. El paciente ha precisado tratamiento médico (...), pero no ha conseguido mejorar la visión”, describiendo cómo las secuelas que presenta han supuesto una pérdida de independencia y un perjuicio en el desarrollo de las actividades propias de la vida diaria, así como las referidas al desarrollo personal, a lo que se suman las secuelas estéticas.

Concluye, en base a lo expuesto en un informe pericial que aporta, que “el Servicio de Salud del Principado de Asturias ha cometido una negligencia médica al utilizar una técnica inadecuada o no haber operado el desgarro”, lo que concreta en dos momentos: por un lado, refiere que “el procedimiento quirúrgico en el Hospital `X` de 20 de abril de 2023 no fue correcto resultando en una lesión en las coroides del ojo izquierdo con desprendimiento corioideo hemorrágico y hemorragia vítrea” y, por otro, que “el manejo posquirúrgico no fue el adecuado. El paciente debería haber permanecido en observación hospitalaria por, al menos, 24 horas para la implementación de medidas preventivas contra la hemorragia y el desprendimiento corioideo”.

Fija el *quantum* indemnizatorio en cincuenta y nueve mil cuatrocientos treinta y seis euros con veinticuatro céntimos (59.436,24 €), desglosados, de los que 1.200 € cuantifican los daños morales padecidos.

Acompaña su escrito de diversos informes clínicos y de la pericial a la que hace referencia en el cuerpo de la reclamación, solicitando que se aporten al expediente determinados informes de la asistencia dispensada que no se encuentran en su poder; además, adelanta que “propondrá que el autor del dictamen comparezca en calidad de perito”.

El informe de alta del Servicio de Oftalmología emitido el día 20 de abril de 2023 refiere ingreso ese mismo día para intervención de catarata en ojo

izquierdo, señalando que, en dicha fecha y “bajo anestesia tópica, se realiza facoemulsificación sin implante de lente intraocular de cámara posterior”, y que “la evolución posoperatoria es satisfactoria, por lo que es dado de alta el mismo día”. Se fija revisión en el mismo Servicio para el día 25 del mismo mes.

El informe clínico del Servicio de Urgencias del día 23 de abril de 2023 refleja consulta por “molestia en el ojo intervenido parcialmente de catarata este martes pasado que tuvieron que parar intervención por agitación./ Pendiente de reevaluación próximo martes, pero presenta dolor”. Aprecia “hemorragia subconjuntival en ojo intervenido/ dilatación pupilar” y, como diagnóstico principal, “dolor en ojo parcialmente intervenido”, recomendando acudir para valoración por el Servicio de Oftalmología de guardia del Hospital “Y”.

El informe de ingreso del día siguiente, 24 de abril de 2023, refleja como diagnóstico de ingreso “hemorragia expulsiva posoperatoria (ojo izquierdo)” y en el apartado de evolución y comentarios, que “se comenta caso con la hija y se explica el plan inicial de seguimiento hospitalario, seguramente el viernes decidamos si intervenir o no”.

Se informa la prueba “TC facial/senos con contraste” el día 26 de abril de 2023 alcanzando como conclusión un “aumento densidad de globo izquierdo en relación con hemorragia intraocular masiva no pudiendo descartar hemorragia subcoroidea debido a su densidad./ No se objetivan complicaciones orbitarias asociadas”.

Se informa de interconsulta de Neurología, con firma de 3 de mayo de 2023, indicando “deterioro cognitivo (...). Ingresado para vigilancia oftalmológica tras complicación de cirugía de cataratas. Solicitan valoración por desorientación y alteración conductual. La familia refiere que en los últimos dos meses aproximadamente el paciente ha empeorado notablemente su grado dependencia. Precisa ayuda para todas las actividades del día, tendente a estar en un estado de somnolencia diurna que dificulta la actividad del paciente (...). Mal descanso nocturno con agitación psicomotriz, levantándose de la cama (...). No actividad física. No interacción social fuera de domicilio. Imposible dejar solo sin supervisión./ A la exploración neurológica se muestra tendente al sueño,

aunque reactivo a la llamada. Lenguaje empobrecido, con quejas a la manipulación. No colabora en la exploración (...). TC Órbita (26-04-23): lesión isquémica subaguda parietal derecha, territorio superficial posterior de (arteria cerebral media) derecha, sin signos de transformación hemorrágica. Secuelas de lesión isquémica crónica en ganglios de la base y frontal izquierda sin cambios". En el mismo documento se reitera que acude al Hospital "Y" "por dolor en ojo izquierdo tras complicación quirúrgica (...). A su llegada ojo doloroso con tensiones muy elevadas. Se ingresa para control y seguimiento de hemorragia intraocular por hemorragia expulsiva durante la cirugía. Se realiza (ecografía) y se concluye hemorragia vítrea y desprendimiento coroideo hemorrágico. Se comenta con sección retina quirúrgica y se decide operar, pero debido al decaimiento del estado del paciente y de acuerdo con la familia se decide cancelar cirugía. Se continuará con el seguimiento por la sección de retina quirúrgica de forma ambulatoria", constando que se solicita valoración a los Servicios de Neurología y de Medicina Interna, quien indica, previo al alta, que, "por nuestra parte, en el momento actual el paciente no presenta ninguna alteración aguda que justifique el decaimiento general actual" pautando el seguimiento en su hospital de referencia y en su centro de salud.

El día 12 de mayo de 2023, el Servicio de Oftalmología del Hospital "Y" señala que el paciente "ha mejorado algo el estado de ánimo (...). No vamos a hacer nada en (ojo izquierdo) (...). Verlo en octubre y pensar si se opera catarata (ojo derecho)". Y en el informe del 18 de octubre de 2023 indica que "de momento no quiere operar la catarata (ojo derecho)".

El informe médico de valoración de daños, elaborado por un médico, Especialista Universitario en Valoración Médica del Daño Corporal e Incapacidades Laborales, asevera, sobre la atención prestada en el Hospital "X" el 23 de abril de 2023, que "hay que tener en cuenta al paciente", del que dice que "no presenta patologías que faciliten la lesión que le han ocasionado en la cirugía"; seguidamente reconoce que la indicación de la cirugía era correcta, pero "el tratamiento quirúrgico realizado (...) no" en cuanto "no constan medidas preventivas de hemorragia-desprendimiento coroideo, dados sus factores de riesgo./ En el posoperatorio inmediato se le ocasiona una lesión en

la coroides del ojo izquierdo, con desprendimiento coroidal hemorrágico y hemorragias vítreas". Sobre el tratamiento "tras la cirugía" se afirma que no fue correcto ya que el afectado "debería de haber permanecido en observación durante 24 horas por lo menos en el hospital". Finalmente, reconoce que el tratamiento posterior dispensado en el Hospital "Y" ha sido correcto.

Seguidamente, indica como "lesiones que el perito relaciona con el accidente: pérdida completa de ojo izquierdo", advirtiendo que "no consta que medie otra causa que justifique totalmente la patología, la sintomatología aparece en tiempo médicamente razonable, la zona de lesión se relaciona con el mecanismo que se menciona y hay médicamente adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción entre la cirugía de 20 de abril de 2023 y la afectación posterior en ojo izquierdo", tras lo que destaca que determinados informes no figuran en la historia clínica: "el examen del Servicio de Oftalmología y del Servicio de Anestesia previo a la intervención" del día 20 de abril de 2023; "las órdenes médicas durante su ingreso"; el "consentimiento informado de la cirugía" y los "informes de quirófano", así como la "aplicación terapéutica de enfermería" durante aquel ingreso y la "historia clínica de la consulta del Servicio de Oftalmología" de 21 de abril de 2023.

Tras evaluar el tiempo de curación requerido y las secuelas, concluye que el reclamante, "a consecuencia de una mala intervención quirúrgica de catarata, ha sufrido hemorragia coroidal que le produce la pérdida de visión del ojo izquierdo", señalando como "causas del siniestro", "una mala intervención de catarata". Tras ello, evalúa las secuelas y el perjuicio sufrido por el paciente.

2. Mediante oficio notificado el 9 de mayo de 2024, el Inspector de Prestaciones Sanitarias comunica al representante del interesado la fecha de recepción de la reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios y le requiere para que acredite la representación en el plazo de diez días, subsanación que se realiza el día 22 del mismo mes, mediante la aportación de un poder notarial a pleitos.

3. Con fecha de remisión 7 de junio de 2024, el Instructor solicita de la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia y un informe del Servicio de Oftalmología "sobre el concreto contenido de la reclamación presentada".

4. Fechado el mismo día, la Jefa de la Sección de Apoyo comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, el nombramiento de instructor y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, así como los plazos y el sentido del silencio administrativo.

La notificación consta realizada el día 17 del mismo mes.

5. El 13 de junio de 2024, el Gerente del Área Sanitaria II traslada al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente y el informe emitido por el Servicio de Oftalmología.

En el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital "X" firmado el día 10 de junio de 2024, se señalan como antecedentes que se trata de paciente "intervenido de cataratas en abril de 2024 del ojo izquierdo, con complicaciones intraoperatorias por agitación psicomotriz del paciente que les obligó a detener la cirugía sin poder colocar la lente intraocular. Se constata en revisiones posteriores hemorragia vítrea y desprendimiento coroideo hemorrágico que fue valorado por Oftalmología del (Hospital "Y"), Neurología y Medicina Interna en ese momento por acompañar agitación y alternancia con decaimiento puesto en relación a avance de su deterioro cognitivo./ En seguimiento por Neurología (...) por deterioro cognitivo mixto moderado-avanzado, con última revisión en octubre 2023 planteándose evitar revisiones presenciales ante el avance de la enfermedad".

Concreta que "el 20 de abril de 2023 es intervenido de catarata en (ojo izquierdo) por facoemulsificación con anestesia tópica. Durante la cirugía, que había transcurrido con normalidad hasta el momento de implantar la lente intraocular, sufre episodio súbito de agitación, que deriva en rotura capsular posterior, sin mostrar signos de hemorragia coroidea. Al no conseguir suficiente

colaboración del paciente se decide posponer el implante de la lente intraocular a un segundo tiempo. Es dado de alta ese mismo día tras explicar la situación a la familia (se visita al paciente en la habitación antes del alta y se entregan recomendaciones y tratamiento)./ Citado al día siguiente se objetiva hemovítreo denso, del cual se informa a la familia, sin otras alteraciones posoperatorias significativas (no presenta hemorragia en cámara anterior ni subconjuntival, tampoco edema ni eritema palpebral como consta en informes posteriores de otros servicios); se mantiene el tratamiento pautado el día anterior y se vuelve a dar cita para valorar evolución el 25 de abril de 2023 comentando la posibilidad de tener que realizar ecografía según evolucione el hemovítreo; a esta última cita el paciente no acude al sufrir empeoramiento durante el fin de semana (no hay oftalmólogo de guardia y es valorado por el Servicio de Urgencias) y continúa el seguimiento en el Servicio de Oftalmología del (Hospital "Y") por indicación de dicho servicio".

El documento de consentimiento informado explica qué es la catarata y en qué consiste la cirugía para su abordaje, aclarando que es la única opción para su tratamiento, si bien existe la posibilidad de no recuperar la visión, aunque esta sea satisfactoria. Seguidamente, aborda una explicación de diferentes riesgos derivados de la anestesia y de la propia cirugía, dentro de los que se menciona en primer término "pérdida del contenido intraocular por hemorragia expulsiva" con la advertencia de que existen otras complicaciones infrecuentes no mencionadas en el documento, que pueden ser comentadas con el oftalmólogo si el paciente lo desea. El personal sanitario no indicó nada en el espacio reservado a los riesgos específicos del reclamante. Aparece firmado por este el día 29 de noviembre de 2022.

Entre la documentación incorporada al expediente figuran también las hojas de verificación de bloque quirúrgico y las hojas quirúrgicas, así como la historia clínica del Servicio de Oftalmología. En ella se refleja la imposibilidad de implantar la lente por falta de colaboración del paciente, por dolor y agitación, y la decisión de posponer el implante a un segundo tiempo quirúrgico.

6. Tras varias solicitudes por parte del Instructor del procedimiento, el 18 de julio se registra el oficio suscrito el día 17 por la Gerente del Área Sanitaria IV, acompañado de un CD con el historial requerido.

Las notas del Servicio de Oftalmología indican “paciente de 85 años” que acude al Servicio de Urgencias del Hospital “Y” desde el Hospital “X” “por dolor y molestias en el ojo izquierdo. Está operado del día 20-04 de cataratas del (ojo izquierdo), tuvieron que parar la cirugía (...) por agitación del paciente. No hay más detalles en los informes pero no pudieron dejar puesta (lente intra ocular). En la revisión del día 21-04 de la cual no encuentro informes le comentaron a los familiares que tenía algún tipo de ‘sangrado posterior’, por el cual quedaba a seguimiento ambulatorio para el día 25-04 para decidir si remitirlo al (Hospital ‘Y’) o no para realizar ecografía ocular./ (Agudeza visual ojo izquierdo): movimiento de manos (previa a la cirugía de 0,5)./ (Presión intraocular ojo izquierdo): mala colaboración: entre 10 y 16 mmHg./ MOEs conservados:/ BMC OI: eritema periocular con muy leve edema, aumento de partes blandas en (párpado superior), quemosis en conjuntival bulbar inferior, cornea con suficiente transparencia, hemovítreo en CA con aspecto de bridas vítreas hacia las incisiones a X y IIh ya que parece deformar al iris en su trayecto, CA escasa en temporal superior, sin vitreo fuera. No hipopion. Afaquia./ (Fondo de ojo, ojo izquierdo): no se entra./ Eco Modo B: hiperecogeneidad en vítreo, no signo de lavadora, pero sospecha de hemovítreo anclado a CA. No tengo claro si está la retina desprendida o no, no signo de embudo en el NO”, añadiéndose que, tras exponer el caso, “se decide seguimiento ambulatorio en (consultas externas) mañana al no tener signos de endoftalmitis en el momento actual”. No obstante, reseña que “el paciente reside en y tendría que volver mañana (...) para revisión”. Se comenta la situación con el fin de “quedar en (la) Unidad de Observación, para recibir analgesia y primera dosis de (antibiótico) profiláctico y poder revalorarlo hasta mañana”.

7. Consta incorporado al expediente un informe pericial de fecha 20 de octubre de 2024, suscrito por una doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Oftalmología y Máster en Peritaje Médico, en el que concluye que la actuación

de los profesionales sanitarios que han atendido al paciente durante el período reclamado “ha sido correcto y sin existir ningún daño a su actuación”.

Tras exponer el desarrollo de la atención dispensada y explicar la naturaleza y características de la patología padecida y del tratamiento aplicado, concluye que “de la historia y documentación analizada queda clara la correcta indicación de la cirugía de cataratas”, con expresa mención a que “antes de la intervención programada se realizaron todas las pruebas necesarias e indicadas según los protocolos vigentes (...). El paciente era apto para la cirugía propuesta (...). Nada que objetar al consentimiento informado por cuanto es totalmente acorde a la *lex artis*. Consta acreditado que el paciente ha sido informado en tiempo, forma y con detalle, del procedimiento a realizar y de sus potenciales riesgos”, señalando que “expresamente se reseña la posibilidad de complicaciones derivadas de la cirugía como desplazamiento del cristalino, necesidad de sutura y otras complicaciones infrecuentes como la hemorragia expulsiva”.

Añade que “la rotura capsular posterior es una complicación de la cirugía de catarata que puede sorprender a cualquier cirujano y puede verse favorecida por determinadas situaciones en una cirugía que requiere un mínimo de colaboración por realizarse con anestesia tópica y sedación y el paciente está despierto (...). La hemorragia intraocular aparece en las revisiones posteriores a la intervención, no pudiendo sospecharse en el momento de la cirugía y pudiendo derivarse de factores no propiamente quirúrgicos”, con expresa mención a que se trata de un paciente con factores de riesgo. Afirma que “de la documental analizada, puedo confirmar que no existe una inobservancia del deber de cuidado puesto que el paciente fue visto y seguido de forma continua, estrecha y con tratamiento correcto por los profesionales”.

8. Mediante oficio notificado al interesado el 2 de enero de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

9. El día 17 de marzo de 2025, el Instructor del procedimiento suscribe propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por entender que “la rotura de la cápsula posterior durante la cirugía y la hemorragia posterior constituyeron la materialización de los riesgos típicos de esa cirugía que consta en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente” achacándola “a un episodio de agitación durante la intervención debido a su deterioro cognitivo mixto moderado-avanzado. Una vez que se presentó la complicación, se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles para tratar de solucionarla”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de abril de 2025, 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 caso examinado, la reclamación se presenta con fecha 20 de abril de 2024 y los daños por los que se reclama se asocian a la intervención quirúrgica practicada el día 20 de abril de 2023 por lo que, independientemente de la fecha de estabilización de las secuelas, basta acudir al principio del *dies a quo non computatur in termino* conforme a su interpretación jurisprudencial -acogida por este órgano consultivo (por todos Dictamen Núm. 135/2023)-, para concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo 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.

Cabe destacar que, habiéndose producido un cambio en la persona del instructor y figurando el mismo en el expediente, hubiera resultado aconsejable ponerlo en conocimiento del interesado, a los efectos oportunos, en el momento de producirse dicha sustitución, tal y como se hizo con el primer nombramiento. En todo caso, no cabe derivar de ello efecto alguno, máxime cuando sobre el particular tuvo ocasión de pronunciarse el interesado en el trámite de audiencia, sin hacerlo.

Finalmente, 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 resolución expresa establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, lo que no es óbice para su adopción, a tenor de lo previsto en los artículos 21 y 24.3, letra b) de dicha 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 “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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, 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 la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por un paciente por las consecuencias dañosas de una cirugía de catarata a la que se somete en un hospital público.

La documentación incorporada al expediente acredita que el reclamante se sometió a aquella intervención por tener afectada la visión en un 50 % y ser apto para ella, practicándosele una facoemulsificación, sin poder realizarse el implante de lente intraocular por su estado de agitación, y que sufre una rotura capsular posterior, seguida, una vez dado de alta, de hemorragia intraocular. Finalmente, se acredita que el paciente ha perdido la visión en el ojo intervenido, además de deformidad orbitaria y en el rostro.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio sanitario no implica, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse

antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que el interesado no tenga el deber jurídico de soportar.

Como ha señalado este Consejo Consultivo en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 251/2020), 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, automáticamente, 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar si 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 y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina 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- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 183/2022) 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 analizado, el perjudicado imputa al servicio público sanitario una negligente actuación durante la intervención quirúrgica a la que se somete, deducida esencialmente de los resultados de la cirugía. Consta que se somete el día 20 de abril de 2023 a una operación de catarata en su ojo izquierdo de manera programada -tras la realización de diversos estudios que permitían admitir que era apto para dicho procedimiento-, en un momento en que su visión estaba mermada en un 50 % y sin que quepa otra alternativa de tratamiento. Esta operación no puede completarse con éxito debido al estado de agitación que presenta el paciente, con sedación local y, por tanto, consciente durante el proceso quirúrgico, por lo que el personal que le atiende decide demorar la colocación de la lente intraocular a un segundo tiempo quirúrgico.

Según explicita el informe del Servicio de Oftalmología del Hospital "X", "durante la cirugía, que había transcurrido con normalidad hasta el momento de implantar la lente intraocular, sufre episodio súbito de agitación, que deriva en rotura capsular posterior, sin mostrar signos de hemorragia coroidea. Al no conseguir suficiente colaboración del paciente, se decide posponer el implante de la lente intraocular a un segundo tiempo. Es dado de alta ese mismo día tras explicar la situación a la familia (se visita al paciente en la habitación antes del alta y se entregan recomendaciones y tratamiento)./ Citado al día siguiente se objetiva hemovítreo denso, del cual se informa a la familia, sin otras alteraciones posoperatorias significativas (no presenta hemorragia en cámara anterior ni subconjuntival, tampoco edema ni eritema palpebral como consta en informes posteriores de otros servicios); se mantiene el tratamiento pautado el día anterior y se vuelve a dar cita para valorar evolución el 25 de abril de 2023, comentando la posibilidad de tener que realizar ecografía según evolucione el hemovítreo; a esta última cita el paciente no acude al sufrir empeoramiento durante el fin de semana (no hay oftalmólogo de guardia y es valorado por el Servicio de Urgencias) y continúa el seguimiento en el Servicio de Oftalmología del (Hospital `Y´) por indicación de dicho servicio".

Por su parte, el reclamante presenta un informe de un especialista en Valoración del Daño Corporal. Debe destacarse en este punto que, advirtiendo

él mismo de que debían incorporarse al procedimiento diversos documentos, cuando estos son aportados por la Administración sanitaria y trasladados a aquel, no formula alegaciones durante el trámite de audiencia, sin valorar, por tanto, el contenido de los informes del Servicio ni la pericial aportada por la empresa aseguradora de la Administración. La pericial del reclamante asume la adecuación de la opción quirúrgica, destacando que el paciente “no presenta patologías que faciliten la lesión que le han ocasionado en la cirugía” y limita el reproche a su ejecución en tanto “no constan medidas preventivas de hemorragia-desprendimiento coroideo, dados sus factores de riesgo”, que no concreta. Respecto a la lesión en la coroides del ojo izquierdo, asevera que “debería de haber permanecido en observación durante 24 horas por lo menos en el hospital”, así como “la realización de medidas preventivas para hemorragia-desprendimiento coroideo”. Acerca de la asistencia dispensada en el Hospital “Y”, manifiesta que fue correcta.

En este contexto, y a la luz del conjunto de la historia clínica e informes obrantes en el expediente, se advierte que nada justifica -siquiera indiciariamente- que los daños sufridos sean consecuencia de una mala praxis médica. El perito que informa a instancia del reclamante solo vierte unas afirmaciones apodícticas, sin concretar ni las “medidas preventivas” indebidamente omitidas, ni que la deriva hubiere sido otra de “haber permanecido en observación durante 24 horas”. Obvia el hecho de la operación inconclusa, que explica el origen del daño, y prescinde del examen pormenorizado de la historia clínica, fundándose en consideraciones en exceso genéricas, como que “no consta que medie otra causa que justifique totalmente la patología, la sintomatología aparece en tiempo médicamente razonable, la zona de lesión se relaciona con el mecanismo que se menciona y hay médicamente adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción”.

La perita que informa a instancia de la empresa aseguradora de la Administración, doctora y especialista en Oftalmología, destaca que lo ocurrido tiene cobertura en la descripción contenida en el documento de consentimiento informado, incidiendo en que la “rotura capsular posterior es una complicación

de la cirugía de catarata que puede sorprender a cualquier cirujano y puede verse favorecida por determinadas situaciones en una cirugía que requiere un mínimo de colaboración por realizarse con anestesia tópica y sedación y el paciente está despierto (...). La hemorragia intraocular aparece en las revisiones posteriores a la intervención, no pudiendo sospecharse en el momento de la cirugía y pudiendo derivarse de factores no propiamente quirúrgicos”, lo que encuentra acomodo en lo expuesto en el informe del servicio actuante. Nos encontramos, por tanto, con una lesión que tiene su origen, no en una mala praxis, sino en una complicación quirúrgica derivada del estado de agitación y falta de colaboración -entendida desde el punto de vista clínico-, del paciente en una fase avanzada de la intervención, que deriva en la citada rotura capsular posterior. El criterio seguido por el personal sanitario para dar el alta hospitalario al interesado, con cita al día siguiente, se revela correcto por el tipo de intervención y el estado descrito del paciente, revelándose la hemorragia posteriormente.

A la vista del rigor de los informes de la Administración y su aseguradora, apegados al caso particular y a las vicisitudes que se detallan en la historia clínica, no puede compartirse la imputación que sustenta el escrito de reclamación, que atribuye la hemorragia y la pérdida de visión del ojo “al negligente tratamiento” en el Hospital “X”. La pericial que acompaña, ni procede de especialista ni es rigurosa en el examen de la historia clínica o del conjunto de factores que abocaron al resultado lesivo.

En suma, nos encontramos con un caso en el que una operación de catarata debe suspenderse por el estado de agitación del paciente (en estado de deterioro cognitivo) y, en este contexto, se materializan algunos riesgos típicos de esa cirugía que constan en el documento de consentimiento informado. El abordaje de esas complicaciones se revela correcto, actuándose de manera adecuada según aparecieron las sucesivas dolencias, sin que se objetive ninguna infracción de la *lex artis* médica.

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.-