

Dictamen Núm. 160/2025

**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 18 de septiembre 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 5 de junio de 2025 -registrada de entrada el día 12 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños que achaca a la falta de protección ocular durante una cirugía de varices practicada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

**1.** Con fecha 3 de mayo de 2024, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicita ser indemnizada por los “daños fisiológicos y morales” derivados de una mala praxis en el curso de una cirugía de extirpación de varices.

Según relata, el 22 de diciembre de 2021 se le practica en la Fundación Hospital ..... una cirugía de “extracción de paquetes varicosos en miembro

inferior derecho” y subraya que “las hojas de descripción de la cirugía y de anestesia (raquianestesia) no reflejan ninguna complicación en dichos actos (...). No se indica ningún tipo de protección ocular (...). El consentimiento informado de Cirugía Vascular no recoge ningún riesgo típico ni personalizado en relación con el posible daño ocular” y que “los consentimientos informados de anestesia (general y loco-regional) firmados el 12-11-2021 tampoco recogen riesgos típicos ni específicos en relación con el daño oftalmológico sufrido”.

Según resulta del relato de los hechos, al día siguiente de la intervención “comenzó con escozor en los ojos que relacionaron con conjuntivitis. Progresivamente a peor, valorada en urgencias y diagnosticada el día 3 de enero de úlceras corneal bilateral” que se trataron con “lente de contacto terapéutica” y “distintos tipos de agentes lubricantes, antiinflamatorios, preparados vitamínicos tópicos”, si bien, sufre con posterioridad “varios brotes de queratitis y alteración del epitelio con importante dolor”. A partir de marzo de 2022 inicia tratamiento con plasma (factores de crecimiento) en el Hospital “X” y, el día 24 de ese mismo mes, le realizan “estudio inmunológico” en el Hospital “Y”. Compagina la asistencia pública con la privada a lo largo de 2022 y 2023 por “úlceras corneales recidivantes en ambos ojos” en cuanto “se retira un tiempo la lente de contacto terapéutica” y el 3 de mayo de 2023 le practican en una clínica privada la “desepitelización corneal y láser Excimer PTK en ambos ojos”, según señala, “por no querer asumir el servicio público de salud los riesgos -incluso ceguera- que una operación con láser Excimer (PTK) podría suponer en unas córneas tan deterioradas y probablemente por no contar con los medios idóneos y especializados para ello”. El 31 de agosto de 2023 se le reconoce la incapacidad permanente total por numerosas dolencias, entre ellas, las “úlceras oculares recidivantes”.

Afirma que “todos los padecimientos” que sufre “desde diciembre del 2021” son “consecuencia directa de la negligencia cometida en la intervención de varices a la que fue sometida en el Hospital Fundación ..... y, en concreto, por no adoptar las medidas oportunas para evitar complicaciones iatrogénicas

oftalmológicas y daños en las córneas. Daño que además es perfectamente conocido como recogen los protocolos médicos y científicos”.

Manifiesta que la estabilización de las lesiones se produce el día 6 de mayo de 2023, fecha en que recibe el alta tras la intervención practicada en ambos ojos el día 3 de mayo de 2023 pues, con anterioridad a tal fecha, “no se conoce si va a haber mejoría y tampoco se constata, por consiguiente, la determinación del alcance de las secuelas”.

En lo que al nexo causal se refiere, asevera que la actuación del servicio público sanitario es “contraria a la *lex artis ad hoc*” por “falta de consentimiento informado en lo referente al riesgo de sufrir lesiones corneales en una operación quirúrgica de varices, pese a ser un riesgo típico de toda intervención quirúrgica que conlleve anestesia”, por “deficiencias graves en el propio acto quirúrgico”, al no haberse aplicado “las medidas de protección ocular que se conocen eficaces y de uso generalizado en todo acto quirúrgico con anestesia” y por el “abandono asistencial padecido durante más de 3 años, con retrasos continuos en cuanto al diagnóstico, pruebas médicas y posibles soluciones terapéuticas, lo que ha derivado en que (...) haya tenido que acudir al ámbito sanitario privado”.

Estima que “con la documental clínica tanto del servicio público de salud como la del ámbito privado (...) ya queda perfectamente probada la negligencia en la asistencia cometida”, si bien, considera que concurren los presupuestos de la doctrina del daño desproporcionado, pues “no resulta plausible que la paciente ingrese para una operación ‘rutinaria’ de varices y resulte con unas lesiones oculares que le han destrozado su vida laboral, personal y familiar hasta tal punto que ha sido declarada merecedora de una incapacidad laboral permanente”.

Solicita una indemnización de ciento veintitrés mil ciento trece euros con setenta y cinco céntimos (123.113,75 €), por los perjuicios relativos a “lesiones temporales”, “secuelas” -consistentes en “agravación o desestabilización de otros trastornos mentales”, “pérdida de agudeza visual” y “erosión corneal recidivante”-, “gastos médicos sanitarios” y lucro cesante.

Adjunta, entre otros documentos, copia de diversa documentación médica -tanto de la sanidad pública como de la privada- relacionada con el proceso por el que reclama, un informe médico suscrito por un especialista en Medicina Legal y Forense el 11 de abril de 2024 -en el que sustenta su argumentación-, las facturas correspondientes a los gastos de farmacia y asistencia en la sanidad privada y las declaraciones del Impuesto sobre la renta de las personas físicas acreditativas, tanto de los ingresos obtenidos antes de la cirugía como de los percibidos durante el periodo de incapacidad temporal y los actuales, tras el reconocimiento de la incapacidad permanente. Finalmente, propone la testifical de quien la cuidó durante el posoperatorio, por ser esta persona "conocedora de las dolencias oculares de la dicente".

**2.** Mediante oficio de 13 de mayo de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, comunica a la interesada la fecha de recepción de la reclamación en el citado Servicio, el nombramiento de instructora y su régimen de recusación, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento y los plazos y efectos del silencio administrativo.

**3.** Con fecha 19 de junio de 2024, el Director Gerente de la Fundación Hospital ....., atendiendo a la petición formulada por la Instructora del procedimiento, le remite una copia de la historia clínica de la reclamante que incluye la hoja quirúrgica, el documento de consentimiento informado para anestesia loco-regional, así como el informe del anestesista responsable de la atención a la paciente, fechado el 18 de junio de 2024, en el que se indica que "la técnica elegida para la intervención es una raquianestesia, mediante (...) punción lumbar realizada sin complicaciones, usándose como anestésicos una mezcla de mepivacaína 2 % y Glucosmón R-50. Para un mejor confort de la paciente se administran 2 mg de midazolam./ La intervención se lleva a cabo sin ningún tipo de complicación, permaneciendo la paciente durante la misma en comunicación verbal con el personal sanitario./ Finalizada la intervención es

trasladada a Reanimación, donde permanece hasta la recuperación de la movilidad de las extremidades inferiores, sin alteración alguna ni manifestación (...) de molestia, momento en que se la traslada a planta”.

El día 1 de julio de 2024, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III, remite a la Instructora del procedimiento una copia de la historia clínica de la afectada en Atención Primaria y en Atención Especializada, así como el informe del oftalmólogo del Hospital “X”, responsable de su asistencia, de fecha de 9 de junio de 2024. En este se expresa que “la queratalgia recidivante o erosión corneal recidivante consiste en la aparición de úlceras corneales de repetición (...). En el caso que nos ocupa, parece que hay un nexo de causalidad con la cirugía de varices unos días antes, pero no lo debemos considerar como una única causa, ya que la paciente tenía una distrofia corneal de la membrana basal (así se recoge en la visita del 15 de marzo de 2023) como causa predisponente fundamental a la aparición de la queratalgia recidivante; es decir, hay que entender que la distrofia corneal congénita de la paciente es la causa por la que una úlcera corneal no cierra adecuadamente y también de la bilateralidad./ Las opciones curativas ante la queratalgia recidivante consisten en una cirugía corneal con láser Excimer y punciones intraestromales, que no han sido efectivas (realizadas en una clínica privada) y la paciente tiene que seguir usando lentes de contacto terapéuticas y colirios de PRGF, lágrimas y corticoides tópicos”.

**4.** Con fecha 4 de julio de 2024, la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite a la Instructora una copia de la historia clínica de la interesada en el Hospital “Y”, así como el informe de la Jefa del Servicio de Oftalmología.

En él se señala que la reclamante “acude en una sola ocasión” al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, “el 6-3-22, siendo atendida por la MIR de Oftalmología de guardia./ Según consta en su historia clínica, tenía antecedentes de úlceras corneales recidivantes. En la exploración realizada, se constata la existencia de una úlcera corneal por lo que se realiza una limpieza

de bordes, se coloca una lente de contacto terapéutica y se pauta tratamiento médico./ La paciente no realizó ninguna otra revisión en este centro./ El cuadro conocido como 'erosión corneal recidivante' es la manifestación habitual de las distrofias superficiales de la córnea. Estas, en ocasiones, mejoran tras la aplicación del láser Excimer, si bien es un tratamiento no disponible en los centros públicos, puesto que se trata de un láser que se utiliza básicamente para técnicas (de) cirugía refractiva, no incluidas en la cartera de servicios" del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**5.** Previa petición de la Instructora del procedimiento, el día 1 de octubre de 2024 el Director Gerente de la Fundación Hospital ..... le remite una copia de la historia clínica completa, que incluye los documentos de consentimiento informado para la cirugía de varices y de anestesia loco-regional.

**6.** A continuación obra incorporado al expediente un informe pericial librado el 7 de febrero de 2025, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por una especialista en Oftalmología.

En él se explica que "la protección ocular para evitar la abrasión corneal (heridas o úlceras en la córnea) durante los procedimientos quirúrgicos no oculares está indicada cuando el paciente se va a someter a una anestesia general. El mecanismo de las complicaciones oculares es multifactorial; sin embargo, durante las cirugías con anestesia general el 59 % de los pacientes permanecen con los ojos entreabiertos y la inadecuada oclusión palpebral determina exposición de la superficie ocular, pudiendo causar ulceración secundaria a agentes físicos (roce con campos quirúrgicos estériles, gasas colocadas sobre los ojos aún ocluidos) o químicos (contacto con clorhexidina alcohólica). Por otra parte, durante la anestesia general también se pierde el fenómeno de Bell (movimiento del globo ocular hacia arriba y afuera cuando se cierra el párpado que protege a la córnea), se deja de parpadear y disminuye la producción basal de las lágrimas y su estabilidad (...). Estas lesiones se asocian mayormente a cirugías de cabeza y cuello, cirugías prolongadas, posición lateral

o prona, hipotensión perioperatoria, presencia de anemia, desinfección con clorhexidina en la región orbitaria y apoyo en la región orbitaria”. Puntualiza, “en cuanto a los consentimientos informados”, que “son correctos tanto el de la propia cirugía de varices como los de la cirugía loco-regional (no es preciso advertir de un riesgo que no se asocia a la técnica anestésica que se realizó en la paciente)” y que “la protección ocular es una medida que debe conocer el especialista encargado de realizar una anestesia general, del mismo modo que sabe que se debe purgar un suero antes de conectarlo, mantener la vía aérea permeable, coger una vía venosa, las dosis de medicación para cada procedimiento. No se describen en el consentimiento informado los riesgos inherentes a estas maniobras propias de cada especialidad y que realiza cada especialista en base al conocimiento científico y a su formación. No son riesgos del procedimiento anestésico *per se*”. En lo relativo al “protocolo de protección ocular en pacientes quirúrgicos”, afirma que “durante la anestesia raquídea o intradural no aumenta el riesgo de sufrir úlceras corneales y, por tanto, no está indicada la prevención de las mismas. Solo estaría indicado tomar medidas de protección en casos de anestesia general y, aun así, no existe un consenso generalizado y se recomienda en casos con factores de riesgo para exposición corneal./ Cabría la posibilidad de pensar si durante la sedación puede existir riesgo de exposición corneal y si fuese necesaria entonces la protección ocular para evitar las úlceras corneales. Esto dependerá del grado de sedación. En sedaciones muy profundas tenemos la producción de lágrima, los movimientos palpebrales y el reflejo de Bell abolidos (pacientes ventilados mecánicamente en Unidades de Cuidados Intensivos, por ejemplo) y se debe realizar una vigilancia estrecha del estado corneal y cierre palpebral./ Los movimientos de pestañeo, la producción suficiente de lágrima y el reflejo de Bell se conservan, incluso en sedaciones inconscientes como las que se realizan para procedimientos como una colonoscopia o gastroscopia en las que no está indicada la protección ocular./ En el caso que nos ocupa, (la paciente) recibió 2 miligramos intravenosos de midazolam, dosis de ansiólisis. No se realizó una sedación. De hecho acorde a los informes aportados, la paciente mantuvo

conversación con el equipo quirúrgico durante el procedimiento./ Por tanto, no había indicación alguna de medidas de protección ocular para prevenir lesiones corneales durante la intervención (...), dado que no se le realizó una anestesia general, sino una anestesia raquídea”. Destaca, por otra parte, que “tampoco se cumple el criterio cronológico, puesto que los defectos epiteliales corneales relacionados con la exposición corneal durante la cirugía producen sintomatología de forma inmediata tras su aparición. Sin embargo, durante su estancia en el hospital tras la intervención, no existe manifestación alguna de síntomas relacionados con cualquier tipo de afectación corneal, tanto superficial como profunda” y la reclamante “acude a urgencias por molestias 9 días después de la intervención quirúrgica y, además, con afectación unilateral”. Rechaza, por otro lado, que se cumplan los criterios “topográfico” y de “causalidad de integridad previa”. En cuanto al primero, señala que, “si hubiese sido una lesión corneal por quedar los ojos entreabiertos, las molestias hubiesen sido bilaterales, aunque la afectación pueda ser asimétrica. También los síntomas aparecen de forma inmediata y las lesiones suelen aparecer en la parte inferior de la córnea, no en el centro, lo cual es más típico de distrofias corneales”. En cuanto al segundo, refiere que “consta acreditado que la paciente presenta varias condiciones predisponentes para padecer lesiones del epitelio corneal (ojo seco evaporativo con disfunción de glándulas de Meibomio y por déficit de secreción, así como una distrofia de la membrana basal del epitelio corneal)”. Finalmente, explica que la afectada “presenta enfermedades de la superficie ocular y de la estructura corneal preexistentes que predisponen a la aparición de lesiones corneales sin agresión previa sobre la superficie y en cualquier momento de su evolución, quedando claro que su aparición no está relacionada con un evento acontecido 9 días antes” y que “no existe una inobservancia del deber de cuidado de la patología ocular, puesto que la paciente fue vista y seguida de forma rutinaria, estrecha y con tratamiento correcto por los profesionales”.

**7.** Mediante oficio notificado a la interesada el día 19 de marzo de 2025, la Instructora le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 9 del mes siguiente, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que solicita, en primer lugar, que se practique la testifical propuesta en el escrito inicial de solicitud, al objeto de aclarar “qué ocurrió durante los 9 días que transcurrieron entre el alta por la intervención quirúrgica de varices y el diagnóstico por lesiones en las córneas”. Se ratifica seguidamente en su solicitud, dado que, según explica, “existen numerosos estudios”, algunos de los cuales cita, “que relacionan las lesiones corneales con las intervenciones quirúrgicas distintas de las oculares”. Rechaza que “los protocolos de protección ocular solo se apliquen a las intervenciones con anestesia general” pues, según afirma, “se aplican a todo tipo de intervenciones quirúrgicas e incluso no quirúrgicas. De hecho, la protección ocular, como el resto de medidas, se recomiendan p. ej. por la Sociedad Española Digestiva para las endoscopias, donde raramente hay sedación profunda”. Por otro lado, asevera que “no es cierto que la anestesia con midazolam ansiolisis requiera estar plenamente consciente, sino que lo que se indica es que el paciente responda a estímulos verbales o táctiles. Esta anestesia no afecta a las funciones ventilatorias y cardiovasculares, pero sí que afecta a la función cognitiva y a la coordinación que pueden tener alteraciones funcionales”. En cuanto a la preexistencia de “enfermedades de la superficie ocular que la predisponían a la aparición de lesiones corneales”, estima que “si se conocían, el anestesista debería de haberlo incluido en el consentimiento informado, advertir a la paciente y extremar las precauciones, pues en el informe de admisión ya consta que (...) padecía miopía. O, en caso contrario, de no ser conocidas, tendría que haber advertido a la paciente que esa complicación podría tener lugar y prevenirla para que estuviera atenta a cualquier síntoma relacionado con una lesión ocular durante -o tras- la operación”. Manifiesta que “la única causa” de estas lesiones fue la intervención quirúrgica de varices, “sin que nada extraño a dicha intervención médica haya mediado hasta que se le

diagnostica la lesión en los ojos”, pues “en todo momento desde el alta empezó a tener problemas y dolores en los ojos. Sin embargo, al no haberle advertido nadie de que estos pudieran derivar de la intervención de varices, aguantó durante esa semana con colirio hasta que no pudo más” y acude a Urgencias del Hospital “X”; “testigos de todo esto fueron sus familiares que le acompañaron en esos días y en cuya prueba testifical hemos insistido al comienzo de este escrito”. Niega haber estado “en comunicación verbal con el personal sanitario”, como se indica en el informe del anestesista. Según refiere, “se quedó dormida durante parte de la intervención e incluso llegó a roncar como así le manifestó la enfermera que la despertó al final de la intervención”.

Destaca, por otra parte, que en el propio informe del Servicio de Oftalmología del Hospital “X” se exprese que “en el caso que nos ocupa, parece que hay un nexo de causalidad con la cirugía de varices unos días antes, pero no lo debemos considerar como única causa, ya que la paciente tenía una distrofia corneal de la membrana basal”. Reseña que “no existe prueba directa de la negligencia, pero sí indicios y presunciones que confirman que la única causa eficiente de su patología en las córneas fue la intervención quirúrgica de varices. Así lo dicen todos los informes de Oftalmología” del Hospital “X” “y el perito (privado), pero es que así lo dicen las estadísticas y protocolos mencionados”.

Adjunta un informe del Área de Salud Mental del Hospital “X”, de 29 de abril de 2024.

**8.** Mediante resolución de 16 de abril de 2025, notificada a la reclamante, la Instructora acuerda “denegar la prueba solicitada” por resultar “innecesaria”, ya que “la existencia de las dolencias oculares de la interesada, úlceras corneales (...) consta en la documental clínica de forma inequívoca”.

**9.** Con fecha 28 de mayo de 2025, la Instructora del procedimiento elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, señala que “consta la intervención quirúrgica de varices bajo anestesia locorregional,

raquianestesia, sin ningún tipo de complicación, permaneciendo la paciente durante la misma en comunicación verbal con el personal sanitario, finalizada la intervención permaneció en la Unidad de Reanimación hasta la recuperación de la movilidad de las extremidades inferiores, sin alteración alguna ni manifestación de molestia ocular./ Consta en la historia clínica el antecedente de patología de la superficie ocular y de la estructura corneal, factor predisponente de lesiones corneales sin agresión previa sobre la superficie corneal y en cualquier momento evolutivo./ Después de su intervención de varices, concretamente a los 9 días de la misma, sufrió una úlcera corneal localizada en la zona central, sobre la cual, los informes del especialista en Oftalmología descartan la relación causal con la anestesia raquídea (...). En definitiva, no se ha objetivado inobservancia del deber de cuidado durante el proceso quirúrgico, la lesión corneal sufrida por la paciente carece de nexo causal con el procedimiento quirúrgico aludido, derivando de la patología de la superficie ocular y de la estructura corneal preexistente, diagnosticada y seguida de forma rutinaria, estrecha y con tratamiento correcto por los profesionales sanitarios”.

**10.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de junio 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 la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

En lo relativo a la legitimación pasiva, de lo actuado se deduce que los daños que la reclamante imputa a la sanidad pública se atribuyen, sustancialmente, al tratamiento dispensado en la Fundación Hospital ....., centro asistencial privado con el que el Principado de Asturias ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud. En tanto que la atención recibida por la perjudicada en el citado centro, lo ha sido como beneficiaria del sistema sanitario público y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido, el Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular del servicio público sanitario, tal como este Consejo viene reiterando (por todos, Dictamen Núm. 195/2022), siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacerse frente en los términos establecidos en el citado convenio.

**TERCERA.-** Sobre el 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 asunto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 3 de mayo de 2024 para el resarcimiento de los daños que le ha irrogado el padecimiento de unas úlceras corneales, cuya causa achaca a la mala praxis en el curso de la cirugía practicada el día 22 de diciembre de 2021; considerando que estuvo a tratamiento de las citadas úlceras -que eran recidivantes- durante 2022 y que el día 3 de mayo de 2023 -según resulta de la factura incorporada en el folio 202 del expediente- se sometió en la sanidad privada a una cirugía de “desepitelización corneal + láser Excimer (PTK)” con intención curativa de las heridas oculares, es claro que la acción ha sido ejercitada 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. Consta, asimismo, resolución motivada de rechazo de la prueba testifical propuesta, por innecesaria, en los términos del artículo 77.3 de la LPAC. 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 la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 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 “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 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 la parte reclamante solicita ser indemnizada por los padecimientos, secuelas y detrimentos económicos sufridos a consecuencia de las erosiones corneales recidivantes, que atribuye a la actuación negligente del servicio público sanitario durante la práctica de una cirugía de extirpación de varices.

En lo que a la efectividad de los daños reclamados se refiere, la documentación incorporada al expediente da cuenta de los padecimientos sufridos por la interesada durante el periodo de curación de las úlceras corneales, de la pérdida de ingresos sufrida como consecuencia de la incapacidad laboral asociada a la enfermedad y de los gastos a que tuvo que hacer frente en la sanidad privada para obtener un tratamiento de desepitelización corneal + láser Excimer (PTK), que no se encuentra incluido en la cartera de servicios de la sanidad pública. Ahora bien, no consta que una parte de los gastos de asistencia médica privada reclamados -más concretamente los derivados de la inyección intravítrea de Lucentis en el ojo derecho o la cirugía de cristalino estándar- guarden relación con las lesiones a que se refiere la acción resarcitoria. Por otro lado, no se aporta ningún informe médico posterior a la intervención practicada con intención curativa de las úlceras corneales, acreditativo de que los daños reclamados como secuelas tengan, efectivamente, carácter permanente e irreversible, por lo que tales perjuicios no pueden tenerse por probados.

En todo caso, como venimos señalando reiteradamente desde el inicio de nuestra función consultiva, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica -surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario- no implica, *per se*, la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo aparece 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 perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo, al servicio público sanitario le compete 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, 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 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, 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 ha subrayado este Consejo 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 esos 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. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en

la atención médica prestada, sino también que el perjuicio, cuya reparación se persigue, sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el caso sometido a nuestra consideración, resulta evidente que, pese a lo afirmado por la perjudicada en el escrito inicial de solicitud, no estamos ante un daño desproporcionado que es, en sentido técnico jurídico, un perjuicio inexplicable, cuya causa no puede identificarse de forma cierta; en efecto, las propias manifestaciones de la interesada, que atribuye indubitadamente la lesión a la falta de protección ocular en el curso de la cirugía de varices, vendrían a descartar que estemos ante un auténtico caso de daño desproporcionado. Igualmente, en cuanto a la prueba, la reclamante aporta, además de numerosa documentación clínica relativa al proceso asistencial por el que reclama, una pericial médica privada elaborada por un especialista en Medicina Legal y Forense que, sin embargo, no apoya todas sus reprobaciones; así, en particular, mientras la afectada achaca al servicio público sanitario un “abandono asistencial” durante más de tres años -tras el diagnóstico de las úlceras- el perito autor del informe afirma que “una vez instaurado el daño, el tratamiento realizado ha sido correcto y adecuado”. Descontado el citado reproche, puesto que no puede tenerse por probado, las razones sobre las que se sustenta la atribución de la responsabilidad patrimonial al servicio público sanitario, son dos: la falta de aplicación de las debidas medidas de protección ocular en el curso de la cirugía de extirpación de varices y la ausencia de información a la paciente del riesgo de úlceras corneales que conllevaba la intervención.

A propósito de la primera de las cuestiones, la discusión se centra en determinar si la cirugía practicada requería la adopción de medidas de protección ocular. Pese a que los peritos de ambas partes coinciden en asumir que las medidas de prevención de daños en los ojos benefician a los pacientes cuya consciencia está alterada por efecto de la anestesia y, en este sentido, el autor de la pericia librada a instancias de la reclamante afirma que quienes están “inconscientes, sedados y/o paralizados dependen de medidas externas

facilitadas por profesionales de la salud o las personas que les atienden para mantener su superficie ocular sana e íntegra”, a continuación, el mismo perito -obviando que tales circunstancias de inconsciencia, sedación o paralización no se daban en esta intervención- rechaza que la actuación del servicio público se ajustara a la buena praxis. No obstante, no ofrece las razones de ciencia que justificarían la obligatoriedad de adoptar tal precaución en una situación en que -por no haberse aplicado anestesia general, sino raquianestesia, ni haber sido sedada la paciente- estaban conservados el fenómeno de Bell, el parpadeo y la producción basal de lágrimas, incluso en el caso de que la paciente se hubiera dormido en el curso de la operación, lo que no ha resultado probado ya que el anestesista interviniente informa que se mantuvo en conversación durante la cirugía. El análisis de la documentación obrante en el expediente evidencia que tampoco concurría ninguno de los otros factores que podrían favorecer una lesión ocular intraoperatoria que, según coinciden en señalar los peritos de ambas partes, son cirugía de cabeza y cuello, intervención prolongada, posición lateral o prona, apoyo en la región orbitaria, desinfección con clorhexidina en la región orbitaria, hipotensión perioperatoria o presencia de anemia. El especialista autor del informe librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, que es oftalmólogo -a diferencia del autor de la pericia presentada por la reclamante-, alude a otras razones adicionales, conforme a las cuales cabe descartar que las úlceras se pudieran haber producido por exposición corneal en el curso de la cirugía practicada el 22 de diciembre de 2021, pues según señala, dichas lesiones causan “sintomatología de forma inmediata tras su aparición”, en tanto que, en el expediente analizado, la reclamante no demanda asistencia por molestias oculares hasta el día 3 de enero de 2022, refiriendo entonces al facultativo que la atiende -según consta en el informe obrante en los folios 57 y 58 del expediente- “dolor y escozor en (ojo derecho) de 3 días de evolución con mejoría con paracetamol” y, además, en los casos de lesiones corneales por quedar los ojos entreabiertos, las molestias son “bilaterales, aunque la afectación pueda ser asimétrica” y las úlceras “suelen aparecer en la parte

inferior de la córnea, no en el centro, lo cual es más típico de distrofias corneales”, circunstancias que no se dieron en esta ocasión.

Por tanto, considerando, por una parte, que no concurría ninguno de los factores que conllevan riesgo de provocar lesiones oculares intraoperatorias -lo que excluía la obligación de establecer medidas de protección de los ojos- y, por otro lado, que no existen signos de los que pudiera inferirse que las úlceras se produjeron durante la cirugía, entendemos -con el informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias y la propuesta de resolución-, que los daños reclamados no guardan nexo causal alguno con una praxis quirúrgica inadecuada y que, al contrario, su mecanismo de producción puede explicarse por las patologías de ojo seco evaporativo con disfunción de glándulas de Meibomio y por déficit de secreción y distrofia de la membrana basal del epitelio corneal, que no serían diagnosticadas hasta más tarde en la medicina privada.

En segundo lugar, debe rechazarse que se haya lesionado el derecho de información de la paciente, en tanto que la cirugía de extirpación de varices que se iba a practicar no conllevaba riesgo alguno de lesión ocular del que debiera ser informada con carácter previo.

En suma, y teniendo en cuenta todo lo que se ha razonado con anterioridad, la pretensión resarcitoria no puede ser acogida pues, por un lado, la efectividad de una parte de los daños reclamados no ha sido probada y, por otro, los acreditados no guardan nexo causal con el funcionamiento del servicio público sanitario.

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.