



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **153/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de junio de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 10 de mayo de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **130/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 20 de noviembre de 2007, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud, por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la defectuosa asistencia recibida de facultativos dependientes del mismo.

Relata la reclamante que el 30 de agosto de 2006 acude a consulta de Atención Primaria por un déficit visual (al bajar la cabeza y mirar hacia la izquierda casi no veía el hombro) en el ojo izquierdo, siendo atendida por una doctora sustituta del titular, que estaba de vacaciones, y que se limita a prescribirle unos comprimidos antiinflamatorios.

Transcurridos unos días sin mejoría, acude de nuevo a consulta, siendo atendida por el médico titular, que le cambia la medicación.

El 11 de septiembre, ante el agravamiento progresivo, acude de nuevo a su médico, quien le indica que siga con la medicación. Ante la insistencia de la paciente la remite al especialista, sin darle carácter preferente, siendo citada para el 25 de septiembre.

Dada la angustia que padecía por su empeoramiento, la hoy reclamante acude a urgencias del Hospital "Fundación de Cieza", donde tampoco se le presta una atención adecuada, pues únicamente se realiza un somero examen externo del ojo y se le prescribe medicación.

El 12 de septiembre acude de nuevo al mismo servicio hospitalario de urgencias con una visión ya casi nula. Ante la ausencia de oftalmólogo en el Centro y la negativa, previa consulta telefónica, del Hospital "Morales Meseguer" a atenderla, es remitida a su domicilio con la indicación de volver al día siguiente para ser explorada por especialista, quien finalmente le diagnostica desprendimiento de retina en el ojo izquierdo.

El lunes 18 de septiembre es intervenida en el Hospital "Fundación de Cieza" y, después de dos meses de reposo absoluto, recibe el alta médica el 21 de noviembre, quedando como secuela una agudeza visual en el ojo izquierdo de 0,5 con corrección.

Considera por todo ello que hubo un injustificado retraso en el diagnóstico del desprendimiento de retina, que podría haber sido advertido con una simple exploración de fondo de ojo. De haber sido diagnosticada la patología de forma precoz, la intervención habría sido más sencilla y las secuelas visuales menores. Solicita una indemnización de 6.009,79 euros.

La reclamación se acompaña de diversa documentación clínica acreditativa de la asistencia prestada y de la evolución de la enfermedad.

SEGUNDO.- El 4 de diciembre de 2007 se recaba del Hospital "Fundación de Cieza" copia de la historia clínica de la paciente e informe de los profesionales que la atendieron.

Recibida la documentación solicitada, constan en ella sendos informes de los Servicios de Urgencias y de Oftalmología:

El informe del Coordinador de Urgencias indica que *"la paciente consultó el día 11 de septiembre (12:42 h) por parestesias faciales desde hacía 15 días según refirió en ese momento y según consta en la historia clínica. La enferma tiene antecedentes de traumatismo facial con parálisis facial secundaria de la que se había ido recuperando parcialmente. En ningún momento refirió síntomas o signos que pudiera hacer sospechar la presencia de un desprendimiento de retina (...). En la exploración de ese día figura la realización de un campo visual que resultó ser normal (...). El segundo día de consulta (día 13 -sic, en realidad es el día 12- a las 23:30 h) refirió la presencia de visión borrosa y las parestesias faciales de 15 días de evolución. En la exploración del campo visual se encontró una cuadrantopsia (defecto del campo visual) lo que llevó a la sospecha de posible alteración retiniana.*

Nuestro hospital no cuenta con oftalmólogo de guardia por lo que, tras consultar con nuestro Hospital de referencia, se le recomendó a la enferma consulta en nuestro Servicio para derivación al oftalmólogo en la mañana siguiente. El día 14 -sic, en realidad es el 13- a las 9:28 se presentó en el Servicio de Urgencias desde donde se derivó al oftalmólogo para valoración. La enferma fue intervenida el día 18 de septiembre, cuatro días después de ser derivada al oftalmólogo por parte del Servicio de Urgencias".

Por su parte, el informe del Servicio de Oftalmología, relata que la

paciente *"acudió a consulta externa de Oftalmología el 13/09/2006 siendo diagnosticada de desprendimiento de*

retina en ojo izquierdo, incluyéndola ese mismo día en lista de espera quirúrgica para proceder a intervención, que la paciente rechaza en un primer momento por lo que se incluye a otro paciente en su lugar. Posteriormente la paciente aceptó la intervención por lo que fue incluida para el 18/09/2006. Se intervino mediante cirugía escleral con explante circunferencial de 11 a 2 horas y criopexia en ese cuadrante. Se inyectaron 0,5 ml de S2F6 (gas) intraocular para asegurar la retinopexia.

Se obtuvo un buen resultado anatómico y funcional con agudezas visuales fluctuantes entre 1/4 y 1/2 manteniéndose en la actualidad la retina aplicada".

TERCERO.- Admitida a trámite la reclamación por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 1 de febrero de 2008, se encomienda la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del referido ente sanitario, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC). Del mismo modo comunica la reclamación a la aseguradora, al Hospital "Fundación de Cieza", a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Dirección de los Servicios Jurídicos, al tiempo que recaba de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia una copia de la historia clínica de la paciente e informe de los facultativos que la atendieron.

El médico de Atención Primaria de la paciente informa que el 30 de agosto de 2006 acude a su consulta por cuadro de sensación de acorchamiento en labio superior mitad izquierda y sensación de inflamación en pómulo, sin referencia a causa oftalmológica. La médica que le sustituía en esa fecha diagnostica "Alt. Facial" y prescribe tratamiento.

El 7 de septiembre de 2006 consulta de nuevo, tras no acudir a la cita prevista para el 5 de septiembre. Según la historia clínica, ese día consulta por varios problemas "que, según tengo por costumbre, informo de acuerdo con el orden que me establece el paciente. Primero me entrega unas mamografías para ver los resultados. Segundo, me enseña unas cifras de tensión arterial. Tercero, valoración de hallux valgus (juanete) bilateral. En cuarto lugar, persiste acorchamiento de labio superior y mejilla izquierda, así como dolor en brazo izquierdo", haciendo una anotación, añadida al diagnóstico anterior, con la palabra "ojo". Sospechando una neuralgia facial y/o, además, un pinzamiento cervical, ya que la paciente tenía antecedentes de artrosis cervical. La paciente es citada para el 11 de septiembre "y en la historia figura:...primero, toma de tensión arterial, segundo derivación a Maxilofacial por sospecha de "Neuropatía del Trigémino", pero aparece un antecedente de Accidente y Contusión en cara izquierda que podría explicar el proceso. Asimismo, y en tercer lugar, hago una derivación a Oftalmología, porque, sólo cuando giraba la cabeza hacia su hombro izquierdo presentaba el defecto visual.....Esta paciente presentaba un cuadro patológico facial que era el motivo dominante en sus consultas y que, de alguna manera, infravaloraba, tanto para ella por su forma de consultar, como para mí, el alcance de su cuadro ocular. No tengo informado en la historia si la derivación fue ordinaria o preferente, pero siempre que tengo una duda razonable sobre el posible alcance de un proceso, procuro derivarlo con carácter preferente".

CUARTO.- Solicitado, el 4 de marzo de 2008, informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica), se evacua el 16 de diciembre de 2011 con las siguientes conclusiones:

"1. Se reclama por 15 días de retraso en el diagnóstico de Desprendimiento de Retina (DR) del ojo izquierdo y consiguiente pérdida de visión, achacándola al mal funcionamiento de los médicos de atención primaria del Centro de Salud de Cieza y del Servicio de Urgencias del Hospital Fundación de Cieza.

2. x, de 60 años, acudió a la consulta de Atención primaria, los días 30.08.06 y 7.09.06 por síntomas no relacionados con patología visual. El día 11.09.06, el MAP tras atender otros motivos de consulta, le deriva al oftalmólogo por "no ve por el ojo izquierdo cuando mira sobre su hombro izquierdo". El mismo día, acude al Servicio de Urgencias del HFC por parestesias faciales con exploración de campo visual normal.

3. El día 12.09.06 acude al Servicio de Urgencias a las 23:40 horas por consulta por visión borrosa en ojo izquierdo, explorando una cuadrantopsia por lo que unas horas después, ya día 13.09.06 en la consulta del Oftalmólogo, se diagnostica de DR incluyéndola en LEQ con prioridad 1. Lo que responde a una práctica médica adecuada.

4. No se produce un retraso de 15 días en el diagnóstico del DR, del que no hay indicios hasta el día 12.09.06 por la noche que consulta por visión borrosa en ojo izquierdo. La clínica visual poco florida que presentaba la paciente, concomitante con otras patologías, hizo que ni el MAP, ni el de urgencias con el fondo de ojo normal, pensaran en un posible desgarro o agujero en la retina periférica.

5. La cirugía se retrasó cinco días, influyendo en ello la existencia de un fin de semana entre ellos y el que la paciente en un primer momento rechazó la cirugía.

6. Con la cirugía se logró un buen resultado anatómico y funcional ya que se quedó una agudeza visual (Escala de Sneilen) de 1/2 con corrección, siendo la visión anterior de 2/3 con corrección por ese ojo".

QUINTO.- Por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud se aporta dictamen pericial elaborado por dos especialistas en Oftalmología, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1. En la historia clínica obrante, la primera ocasión en que aparece anotado que la paciente refiriese una alteración visual, fue el día 11/9/2006. Finalmente, fue el día 12/9/2006 cuando la paciente refirió un síntoma visual (pérdida del campo visual en el cuadrante inferior izquierdo) que sí pudiera hacer sospechar de patología ocular o neurológica preferente, como puede ser un desprendimiento de retina, o bien de una patología neurológica, como pudiera ser un infarto cerebral, enfermedades compresivas cerebrales, enfermedades desmielinizantes, etc. En ese momento, se citó a la paciente para el día siguiente en oftalmología, actitud que es adecuada. El día siguiente, la paciente fue explorada por el oftalmólogo y diagnosticada de desprendimiento de retina. No es posible conocer cuándo comenzó dicho desprendimiento de retina con exactitud, en este caso concreto, pero cabe suponer que comenzó el día 11/9/2006 con síntomas inespecíficos y el día siguiente 12/9/2006 finalmente dio síntomas propios de desprendimiento de retina, que fue confirmado por el oftalmólogo el día 13/9/2006.

2. No se puede demostrar, ni suponer, a la vista de la documentación obrante, que la paciente padeciese un desprendimiento de retina o refiriese algún síntoma visual que hiciese sospecharlo aunque fuese de forma remota, antes del día 11/9/2006.

3. Consta que en un primer momento la propia paciente se negó a ser intervenida quirúrgicamente (hecho que

pudo, probablemente, retrasar el tratamiento quirúrgico), a pesar de lo cual el 18/9/2006 fue intervenida quirúrgicamente de dicho desprendimiento de retina, tras realizársele el estudio preoperatorio y la consulta preanestésica. Por lo tanto, el desprendimiento de retina fue intervenido quirúrgicamente 7 días después de que la paciente refiriese por primera vez síntomas visuales, tiempo que es adecuado. Incluso aún en el supuesto caso de que la paciente hubiese referido síntomas propios de desprendimiento de retina el día 30/8/2006 en su médico de atención primaria, hecho que no se puede afirmar ya que no consta en la historia clínica (ni ese día, ni el 5/9/2006 que tenía cita y no acudió a consulta, ni el 7/9/2006), el plazo de 18 días para la intervención quirúrgica de desprendimiento de retina no es un plazo exagerado, más aún cuando consta que la paciente se negó en un primer momento a ser intervenida quirúrgicamente, lo cual pudo retrasar dicho tratamiento algunos días.

4. En este caso concreto, la técnica quirúrgica utilizada (implante escleral, criopexia, e intercambio por gases) fue adecuada para el tipo de desprendimiento de retina que padecía la reclamante. Se llevó a cabo sin incidencias descritas en la hoja de quirófano, desarrollándose el postoperatorio de forma adecuada, consiguiéndose la reaplicación (retina en su posición adecuada) anatómica desde el postoperatorio precoz, y sin ocurrir complicaciones a medio o largo plazo que conozcamos.

5. El desprendimiento de retina es una de las enfermedades más graves que puede sufrir el globo ocular. Su tratamiento es complejo, y a pesar de realizarse de la manera más adecuada pueden ocurrir pérdidas severas de visión.

6. En este caso, afortunadamente la cirugía y el postoperatorio transcurrieron sin complicaciones, y el resultado visual final fue favorable, teniendo en cuenta que se mantuvo el globo ocular útil, y una agudeza visual de 1/2 aproximadamente. La agudeza, visual previa al desprendimiento de retina era de 2/3, y además la paciente padecía catarata en evolución en ambos ojos, por lo que la pérdida visual motivada por el desprendimiento de retina fue escasa.

7. No hemos encontrado datos que nos hagan sospechar que ocurrió mala praxis o negligencia en este caso concreto".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, comparece la reclamante y presenta escrito de alegaciones en el que centra su imputación de mala praxis en la atención recibida entre el 30 de agosto y el 11 de septiembre. Manifiesta que, en todas las ocasiones en que acudió durante esos días al médico, expresó que sufría una alteración en el campo de visión en el lado izquierdo cuando miraba hacia abajo y era esa, de entre sus distintas dolencias, la que centraba su preocupación, a pesar de lo cual ni los médicos de atención primaria ni el facultativo que la atendió en urgencias dieron importancia a dicho signo de enfermedad ni, en consecuencia, le practicaron un examen de fondo de ojo, contribuyendo con ello a un retraso diagnóstico que determinó un peor pronóstico visual.

SÉPTIMO.- El 30 de abril de 2012 el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no considerar acreditados los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos y el daño alegado, ni la antijuridicidad de éste.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de

documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 10 de mayo de 2012.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. La reclamación ha sido presentada por quien sufre en su persona los daños imputados a la atención sanitaria recibida, todo ello a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 RRP.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del servicio público de asistencia sanitaria a cuyo funcionamiento se imputan los daños, sin apreciarse obstáculo para ello en el hecho de que la asistencia a la que aquél se imputa haya sido prestada, al menos en parte, en un Hospital y por varios facultativos ajenos a la organización del Servicio Murciano de Salud, toda vez que, como viene sosteniendo este Consejo Jurídico (por todos, el Dictamen 116/2006), aunque la actuación sanitaria a la que se imputa el daño fue prestada en el Hospital de Cieza, cuya forma jurídica es fundacional, ello no es óbice para trasladar la responsabilidad a la entidad titular del servicio sanitario que en dicho centro se presta, el Servicio Murciano de Salud, siendo la indicada Fundación una vía descentralizada de prestación del servicio asistencial público, asignado por la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia al referido Ente Público (artículos 23 y 24).

2. Desde el punto de vista temporal, la reclamación fue interpuesta dentro del plazo que la Ley concede para que el perjudicado deduzca su pretensión ante la Administración. En efecto, según el artículo 142.5 LPAC el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Añadiendo que 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. Pues bien, en el supuesto sometido a consulta el alta médica se produce el día 21 de noviembre de 2006, por lo que la reclamación presentada el día 20 de noviembre de 2007, ha de entenderse deducida en tiempo.

3. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se ha excedido en mucho el

plazo de seis meses que, para la tramitación de este tipo de procedimientos, fija el artículo 13 RRP, en lo que ha tenido una relevante incidencia la tardanza de más de tres años en evacuar el informe de la Inspección Médica.

Cabe señalar, asimismo, que no se adecua al orden lógico del procedimiento que el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud realice actuaciones instructoras de un procedimiento de responsabilidad patrimonial con anterioridad a la admisión a trámite de la reclamación y su designación como tal instructor.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en materia sanitaria.

La responsabilidad patrimonial por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivados del artículo 106.2 CE: "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". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico; y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, entre los que destaca la utilización de cuantos remedios conozca la ciencia y estén a disposición del facultativo en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle por la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e

intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio sanitario público.

Para la reclamante es demostrativo de una mala praxis el hecho de que los médicos que la asistieron en Atención Primaria y en la primera visita a urgencias del Hospital "Fundación de Cieza" no fueran capaces de diagnosticar el desprendimiento de retina que sufría. Afirma que en ese momento ya presentaba signos de la enfermedad y que una simple prueba de examen del fondo de ojo por parte de un especialista habría permitido identificar la patología ocular que padecía.

Dichas cuestiones aparecen íntimamente relacionadas con el criterio jurisprudencial de la "lex artis". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*. Esta doctrina jurisprudencial sigue plenamente vigente, como recoge la STS, Sala 3ª, de 2 de noviembre de 2011.

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la "lex artis", que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la normopraxis venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica, o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico (por todas, STS, Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999).

Descrita a grandes rasgos la doctrina relativa a la *lex artis*, habremos de acudir al expediente para desvelar en qué medida la actuación de los profesionales intervinientes se adecuó a dicho estándar.

La valoración de dicha actuación y en qué medida, antes del momento en que se alcanza el diagnóstico de desprendimiento de retina, podía ya haberse identificado la verdadera naturaleza de la dolencia que presentaba la paciente, bien con las técnicas exploratorias utilizadas bien mediante la realización de pruebas adicionales de diagnóstico, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos obrantes en el expediente -el especial valor probatorio de estas pericias en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso Administrativo de 1 de marzo de 1999-.

Examinado el expediente no consta pericia alguna aportada por la reclamante en apoyo de sus imputaciones de mala praxis.

Por el contrario, de los informes que, traídos al procedimiento por la Administración y la aseguradora de ésta, efectúan un juicio acerca de la asistencia prestada al paciente, se extraen las siguientes consideraciones:

1. En las dos primeras visitas a Atención Primaria y la primera en urgencias hospitalarias, la documentación obrante en la historia clínica no muestra que la reclamante consultara por alteraciones visuales, sino por otras patologías, sin que haya constancia de síntomas relacionados con la visión. En la consulta con su médico de familia del 11 de septiembre de 2006 ya consta que no ve por el ojo izquierdo al mirar hacia abajo y a la izquierda, momento en que es derivada al especialista. Ese mismo día, la paciente acude a urgencias, pero, en el informe relativo a este episodio que obra en la historia, no consta que manifestara que el motivo de la consulta eran las alteraciones visuales, sino parestesias faciales. Ante esta situación, la Inspección Médica afirma que no estaría justificada una derivación urgente al oftalmólogo.

Así pues, el primer momento en que aparece un síntoma de posible patología ocular es el 11 de septiembre, siendo derivada a atención especializada por su médico de cabecera, lo que es correcto. Consideran los peritos de la aseguradora que no se puede suponer, a la vista del expediente, que la reclamante padeciese un desprendimiento de retina con anterioridad al 11 de septiembre.

El desprendimiento de retina se diagnostica el 13 de septiembre y se programa cirugía, la cual no se lleva a cabo hasta el día 18 de septiembre ante la negativa inicial de la paciente a ser intervenida. Esta demora no constituye mala praxis. Señalan los peritos de la aseguradora que la cirugía de retina exige una alta especialización en el equipo encargado de realizarla y que ha de hacerse de forma programada, estando documentado en la literatura científica que un período de espera de entre 7 y 15 días en la corrección quirúrgica del desprendimiento es el adecuado, empeorando su pronóstico a partir de los 15 días. En el supuesto sometido a consulta, la intervención se realizó sólo siete días después de la fecha en que por primera vez consta en la historia clínica un síntoma de alteración visual, por lo que no existe demora excesiva en la operación ni puede afirmarse que esta "tardanza" en operar determinara un peor pronóstico visual, el cual también estaba influido por la situación basal de la paciente, con una agudeza visual ya reducida a 2/3 y una catarata en evolución.

2. Tanto la Inspección Médica como los especialistas de la aseguradora afirman que no existe mala praxis en la asistencia prestada a la reclamante. Frente a la positiva valoración médica de la asistencia prestada no puede prevalecer la mera opinión de la reclamante, pues a pesar de reconocer el esfuerzo argumentativo realizado, sus tesis se encuentran huérfanas del apoyo técnico que requerirían para poder determinar la existencia de una eventual actuación contraria a normopraxis, y que, de conformidad con el artículo 217 LEC y en atención a la distribución de la carga de la prueba que de él se deriva, aquéllos deberían haber aportado al procedimiento. Y es que, a pesar de discutir los términos de los informes médicos unidos al procedimiento, omite la actora traer al procedimiento una prueba adecuada y suficiente para llevar a la convicción de la existencia de una mala praxis en el, a su entender, tardío diagnóstico de la enfermedad, cuando médicos y especialistas que han analizado la praxis "ad hoc", singularizada en el caso concreto de la reclamante, no han encontrado actuaciones contrarias a los protocolos de actuación que dicta la ciencia médica.

Corolario de todo lo expuesto es que no cabe apreciar la concurrencia de los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni la

antijuridicidad de éste, procediendo, en consecuencia, desestimar la reclamación.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

No obstante, V.E. resolverá.

