



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **261/2020**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de noviembre de 2020, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 4 de septiembre de 2020 (COMINTER 246070/2020) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo el día 9 de septiembre de 2020, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **173/20**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 16 de agosto de 2018 D. X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella explica que el 4 de septiembre de 2015 se le diagnosticó, en el Servicio de Urgencias del Área II de Salud, un desprendimiento de retina en el ojo izquierdo, del que se le operó el día 17 del mismo mes sin que se produjese ninguna incidencia. No obstante, se le informó en ese momento de que padecía también en ese ojo una catarata de la que tenía que ser intervenido.

El 16 de octubre siguiente se le derivó al Centro Médico *Virgen de la Caridad* de Cartagena para que se le operara allí de la citada catarata. La intervención se llevó a cabo el 14 de marzo de 2016 y en el informe se hizo constar que el postoperatorio cursaba sin complicaciones, aunque también que se le remitía a su hospital de referencia para que se sometiese a valoración y tratamiento.

Añade que la facultativa que lo operó le indicó que acudiera al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HGSL) de dicha ciudad, donde su oftalmólogo, el Dr. Y, le estaría esperando.

También relata que llegó a ese centro hospitalario acompañado por su esposa y su hija en un estado lamentable, dado que el ojo intervenido le sangraba abundantemente. Además, la zona adyacente estaba visiblemente amoratada e inflamada y por eso se le tuvieron que realizar diversas curas y aplicarle tratamientos.

Se le citó a consulta el día siguiente, 15 de marzo de 2016, porque padecía una luxación de cristalino a vítreo en el mencionado ojo izquierdo, por lo que se le practicó una nueva cura.

El 16 de marzo fue operado de nuevo de manera programada y en el informe de alta de cirugía ambulatoria se hizo mención de una "*luxación núcleo a cavidad vítreo durante cirugía de catarata ojo izquierdo*".

El reclamante expone asimismo que se le citó en los días sucesivos, hasta el 30 de marzo, para realizarle nuevas curas y someterlo a revisiones por parte del Dr. Y.

El 6 de mayo de 2016 se le incluyó en lista de espera para implantarle una lente intraocular en el ojo izquierdo, aunque la intervención no se realizó hasta el 29 de junio de 2017.

Después de practicarle varias pruebas, entre ellas el análisis del grosor de la mácula, el citado oftalmólogo emitió el siguiente juicio clínico: "*Atrofia óptica ojo izquierdo. Membrana epirretiniana macular ojo izquierdo mínima. Déficit visual severo ojo izquierdo*".

Por esa razón, entiende que por negligencia o mal funcionamiento del servicio de oftalmología mencionado se le ha provocado en su integridad física el daño reseñado.

Así, aplicando por analogía los baremos establecidos para los accidentes de tráfico, aunque advierte que no se le ha concedido todavía el alta médica, solicita una indemnización 115.501,78 €, que desglosa del siguiente modo:

- Por incapacidad temporal, 496 días de perjuicio personal moderado, a razón de 52 €/día, 25.792 €.
- Por incapacidad permanente, 40 puntos por la secuela pérdida de visión en el ojo izquierdo inferior a 0.05, que hacen un total de 59.709,78 €.
- Por pérdida de la calidad de vida en grado moderado, 30.000 €.

Eso hace la suma total referida ($25.792 + 59.709,78 + 30.000$) de 115.501,78 €, sin perjuicio de que advierte que puede efectuar una nueva liquidación en el momento en el que se le realice una nueva valoración médica.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 20 de septiembre de 2018 y ese mismo día se da cuenta de su presentación a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), para que lo comunique a la aseguradora correspondiente.

De igual forma, se solicita a la Dirección Gerencia del Área II de Salud y a la Dirección del Centro Médico *Virgen de la Caridad* que remitan copias de las historias clínicas del interesado de las que respectivamente dispongan y los informes de los profesionales que lo atendieron.

Además, en el último caso se demanda que se informe sobre si la médica que realizó la intervención de cataratas forma parte del personal del SMS o del propio centro sanitario. Por último, se advierte que, si concurriese esa segunda circunstancia, el hospital deberá considerarse parte interesada en el procedimiento administrativo y dar parte a su compañía aseguradora, a los efectos procedentes.

TERCERO.- El 29 de octubre de 2018 se recibe un escrito del Consejero Delegado del Centro Médico *Virgen de la Caridad* con el que adjunta la documentación clínica solicitada.

De otra parte, advierte que la facultativa que practicó la intervención ya no presta sus servicios en ese hospital y que en aquel momento tampoco formaba parte de su propio personal.

CUARTO.- El 5 de diciembre de 2018 tiene entrada un disco compacto (CD) que contiene una copia del historial clínico del reclamante.

QUINTO.- Con fecha 11 de febrero de 2019 se solicita de nuevo a la Dirección Gerencia del Área de Salud que envíe los informes de los profesionales que asistieron al interesado.

SEXTO.- El 22 de mayo de 2019 se recibe el informe elaborado el día 4 de ese mes por el Dr. D. Z, Jefe de Servicio de Oftalmología del HGSL, en el que expone lo siguiente:

"04/09/2015 - Acude vía urgencias por pérdida de visión en el OI, según refiere desde hace 24 horas. Se diagnostica desprendimiento de retina con afectación macular en dicho ojo y se programa cirugía prioritaria para la misma.

17/09/2015 - Intervenido de desprendimiento de retina (Dr. Y) mediante vitrectomía pars plana a 3 vías, cerclaje escleral y taponamiento con SF6. Cirugía que discurre sin incidencias.

18/09/2015 - Se constata evolución favorable en el postoperatorio inmediato tras la cirugía del desprendimiento de retina: la retina se encuentra aplicada. La presión ocular es normal (21 mm hg).

16/10/2015 - Se confirma evolución favorable del desprendimiento de retina (retina aplicada) tras la cirugía. Se observa la presencia de una catarata en el ojo izquierdo: se incluye en lista de espera para cirugía de la misma.

14/03/2016 - Es intervenido de la catarata en centro concertado (Hospital Virgen de la Caridad) se produce durante la cirugía una complicación intraoperatoria: luxación del cristalino a la cavidad vítreo por rotura capsular.

15/03/2016 - El paciente es remitido vía urgencias al Hospital desde el centro concertado tras la complicación aparecida durante la cirugía para valoración terapéutica. En la exploración inicial presenta severa inflamación del segmento anterior, presión ocular elevada, imposibilidad de visualizar el fondo de ojos. La agudeza visual en ese momento es de percepción de luz.

Se informa de la gravedad de la complicación al paciente, se instaura el tratamiento pertinente con hipotensores oculares, antiinflamatorios sistémicos, con el fin de reducir el componente inflamatorio y facilitar el abordaje quirúrgico que se realizará al día siguiente.

16/03/2016 - Se realiza Facofragmentación vía pars plana y vitrectomía pars plana en el ojo izquierdo para eliminar el cristalino alojado en la cavidad vítreo y el vítreo afectado. El ojo queda en afaquia, para realizar implante de lente intraocular en un segundo tiempo quirúrgico.

En las revisiones realizadas con fecha

17/03/2016

18/03/2016

22/03/2016

30/03/2016

Tras la cirugía realizada se constata una evolución favorable inicial, disminución de la inflamación y presión ocular adecuada. La agudeza visual sin embargo es inferior a 0.05 (0.05 difícil).

06/05/2016 - Se programa para realización de implante secundario de lente intraocular en el ojo izquierdo.

29/06/2017 - Se realiza implante de lente intraocular en el ojo izquierdo.

23/08/2017 - La agudeza visual alcanzada por dicho ojo tras la cirugía es de 0.05 difícil. Se realiza OCT que muestra la presencia de una membrana epirretiniana mínima y una atrofia óptica del ojo izquierdo.

Consideraciones tras este proceso:

- El paciente presentaba al inicio de su proceso un desprendimiento de retina grave con afectación macular, con una agudeza visual al diagnóstico de percepción de luz en el ojo izquierdo. El pronóstico visual del desprendimiento de retina con mácula desprendida es claramente inferior en los casos en los que la mácula se halla desprendida. La agudeza visual de percepción de luz al diagnóstico se considera per se como un factor pronóstico negativo.

- Tras la cirugía del desprendimiento de retina presentó una catarata, consecuencia habitual tras la cirugía de vitrectomía, con componente subcapsular, que impedía valorar la agudeza visual alcanzada tras reaplicación de la retina.

- La incidencia de rotura capsular durante la cirugía de catarata y luxación del cristalino a la cavidad vítreo es una complicación más frecuente en ojos que han sido sometidos previamente a una cirugía de desprendimiento de retina mediante vitrectomía, ya que ésta cambia de manera importante el estado anatómico del ojo y la resistencia de las estructuras oculares.

- El paciente fue canalizado en breve plazo para resolución y tratamiento de esta complicación, que fue tratada quirúrgicamente en las primeras 48 horas.

- Tras la misma, la mejor agudeza visual alcanzada era de 0.05 difícil (déficit visual severo). No podemos determinar qué parte del déficit es atribuible a la patología inicial (desprendimiento de retina) y si la complicación tras la cirugía fue determinante para el resultado visual final".

SÉPTIMO.- El 23 de mayo de 2019 se comunica al reclamante la apertura de un período de práctica de prueba y el 20 de agosto se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan emitir los informes correspondientes.

OCTAVO.- Obra en el expediente administrativo, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un informe médico pericial realizado el 27 de diciembre de 2017 por un doctor en Medicina y especialista en Oftalmología y en Medicina Interna. En ese documento se recogen las siguientes conclusiones médico periciales:

"1. El paciente X estaba intervenido de desprendimiento de retina del ojo izquierdo con macula OFF el 16-09-2015 en el Hospital General Universitario Sta. Lucía. Se le advirtió de la mala recuperación visual por estar afectada la mácula.

2. Fue intervenido de catarata madura del ojo izquierdo el 14-3-2016 en el Hospital Virgen de la Caridad. Con anterioridad se le advirtió del alto riesgo quirúrgico. Nada más terminar la capsulorrexis y antes de realizar la facoemulsificación se luxó el núcleo al vítreo. El paciente fue remitido sin demora al Hospital General Sta. Lucía para vitrectomía. Esta actuación fue correcta.

3. El 16-3-16 se realizó vitrectomía y fragmentación + extracción del núcleo sin complicaciones.

4. El 29-6-2017 se colocó una lente en sulcus. La cirugía discurrió sin incidentes y era necesaria para intentar la mejor recuperación visual.

5. El paciente firmó todos los preceptivos consentimientos informados de las cirugías que se le practicaron.

6. El seguimiento fue exhaustivo y no existió demora en ninguna de las actuaciones.

7. La agudeza visual final por el ojo izquierdo es de 0.05. El paciente presenta una atrofia óptica del ojo izquierdo y una membrana epirretiniana (MER) incipiente".

Por otro lado, en el informe se expone igualmente la siguiente conclusión final:

"El paciente presentaba una catarata madura en el ojo izquierdo y una cirugía previa de desprendimiento de retina.

La complicación de rotura de la cápsula posterior con caída del núcleo fue inevitable por la propia debilidad de las estructuras oculares.

Una vez se produjo, se actuó con diligencia y remitió de inmediato para realización de vitrectomía.

Todas las intervenciones fueron necesarias.

El mal resultado visual no es imputable a negligencia o malpraxis sino al estado previo de la retina, a la gravedad de la complicación y a las cirugías practicadas, todas ellas estrictamente necesarias.

En ningún momento se vulneró la lex artis.

Ninguna actuación adicional o diferente hubiera modificado el pronóstico visual".

El 24 de junio de 2020 se remite una copia de este informe a la Inspección Médica.

NOVENO.- El 7 de julio de 2010 se concede audiencia al interesado para que pueda formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crea convenientes. No obstante, no consta que haya hecho uso de ese derecho.

DÉCIMO.- Con fecha 2 de septiembre de 2020 se formula propuesta desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos necesarios para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 4 de septiembre de 2020, complementado con la aportación de un CD el siguiente día 8.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo ya que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños de carácter físico por los que solicita ser indemnizada.

La legitimación pasiva corresponde a la Consejería consultante en tanto que es titular del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

Ello se deduce del hecho de que, aunque se atribuya el daño a la asistencia contraria a *lex artis* que se pudo dispensar en un centro hospitalario privado concertado, el Hospital *Virgen de la Caridad*, eso se produjo en el ámbito de una prestación sanitaria que se encuentra concertada con la Administración regional.

II. El artículo 67.1 LPACAP determina que el derecho a reclamar prescribe 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 empieza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

Como ha informado el Jefe de Servicio de Oftalmología del HGSL, después de que se le practicara una intervención de cataratas, el interesado sufrió una luxación del núcleo al vítreo. Por ello, precisó una vitrectomía y, al cabo del tiempo, la colocación de una lente intraocular.

No obstante, el 23 de agosto de 2017 se le realizó una tomografía de coherencia óptica que mostró la presencia de una membrana epirretiniana mínima y una atrofia óptica del ojo izquierdo. La agudeza visual alcanzada por dicho ojo tras la cirugía es de 0.05 difícil.

En ese momento, por tanto, se puede considerar que se produjo la estabilización de la secuela y que empezó a transcurrir el plazo (*dies a quo*) para interponer la acción de resarcimiento correspondiente. Por ello se hace evidente que la presentación de la reclamación el 16 de agosto del año siguiente se llevó a efecto dentro del plazo establecido legalmente y, por tanto, de manera temporánea.

III. 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, aunque se advierte que se ha sobrepasado el plazo al que se refiere el artículo 91.3 LPACAP.

Por otro lado, se aprecia que no se concedió la preceptiva audiencia a la compañía aseguradora del SMS a pesar de que también goza de la condición de interesada en el procedimiento.

En otro sentido, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual "*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.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 ha de esperar de los servicios 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, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de

declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. 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)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la 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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Ya se ha expuesto con anterioridad que el interesado solicita una indemnización de 115.501,78 € como consecuencia de la asistencia que se le dispensó en el Hospital Virgen de la Caridad de Cartagena, después de que se le remitiriese a ese centro hospitalario desde el HGSL para realizarle una intervención de catarata madura del ojo izquierdo. Considera que la falta de visión que sufre en ese ojo se debe a una negligencia médica.

A pesar de la imputación de mala praxis que realiza, el reclamante no ha aportado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que sirva para sostenerla. Y de forma determinante, que permita entender que exista alguna relación de causalidad entre dicho daño y la pérdida de visión a la que se refiere. En este sentido, no se puede olvidar que el artículo 217.2 LEC, relativo al principio de distribución de la carga de la prueba, impone al actor la carga de acreditar la realidad de la pretensión que haya formulado.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento el informe realizado por el Jefe del Servicio de Oftalmología del HGSL, en el que detalla las distintas asistencias que se prestaron al paciente y en el que asimismo formula distintas consideraciones acerca de su proceso oftalmológico. Además, también ha aportado un informe médico pericial elaborado a instancia de la empresa aseguradora del SMS.

En ese último informe se recuerda que al interesado se le intervino en septiembre de 2015 de un desprendimiento de retina del ojo izquierdo y que ya entonces se trataba de un desprendimiento con mal pronóstico visual porque estaba afectada la mácula (Conclusión 1ª).

Según explica, "La recuperación visual tras este grave desprendimiento fue únicamente parcial, pues una mácula desprendida pierde gran parte de su funcionalidad. Además, al haber precisado una vitrectomía, las estructuras oculares quedaron debilitadas. En concreto, es más fácil una complicación quirúrgica en una cirugía de cataratas si el ojo ha sido previamente intervenido. Si a eso se le une que el paciente desarrolló una catarata madura que no permitía ver el fondo de ojo con una visión únicamente de percepción de luz, no extraña que se advirtiera del alto riesgo quirúrgico de la intervención".

A eso añade que durante la intervención de cataratas no se realizó ninguna maniobra extemporánea ni inadecuada. Así, resalta que nada más comenzar la intervención y sin haber empleado ultrasonidos, se produjo la rotura de la cápsula posterior y caída del núcleo a la cavidad vítreo. Esta complicación, dados los antecedentes y la forma en que se produjo, en modo alguno puede ser imputable a impericia o malpraxis. De manera contraria, entiende que fue inevitable por la propia debilidad de las estructuras oculares (Conclusión final).

Además, destaca que se envió al paciente sin demora a su hospital para la realización de una vitrectomía porque este tipo de cirugía requiere un quirófano especializado y, por lo tanto, fue absolutamente correcto el modo de proceder (Conclusión 2^a).

Aunque la cirugía discurrió sin incidentes, se decidió dejar el ojo sin lente intraocular para, en un segundo tiempo proceder a su colocación. Entiende que esta actuación fue igualmente correcta y la forma adecuada de proceder ante esta situación. Cuando el ojo estuvo ya más tranquilo y sin inflamación, se programó para un implante de la lente intraocular. Considera que ésta era la única manera de intentar recuperar visión (Conclusión 4^a). Sin embargo, aunque la cirugía fue correcta y se logró colocar la lente en sulcus, el paciente apenas recuperó visión.

A juicio del perito, esa pérdida de visión se debe a que el interesado sufrió un daño del nervio óptico y también una membrana epirretiniana, que son consecuencia de la afectación macular inicial y de la necesidad de múltiples cirugías, todas ellas serias, en las que las delicadas estructuras oculares se fueron dañando (Conclusión final).

Por lo tanto, concluye finalmente que no se produjo ninguna contravención de la *lex artis ad hoc* y que ninguna actuación adicional o diferente hubiera modificado el pronóstico visual.

Por su parte, el Jefe de Servicio también coincide en su informe en el hecho de que el desprendimiento de retina con afectación macular que padecía el reclamante era grave y que el pronóstico era claramente negativo.

De igual forma, destaca que la rotura capsular durante la cirugía de catarata y luxación del cristalino a la cavidad vítreo es una complicación frecuente en ojos que han sido sometidos previamente a una cirugía de desprendimiento de retina mediante vitrectomía, y hace hincapié en el hecho de que el paciente fue canalizado en breve plazo para resolución y tratamiento de esta complicación, que fue tratada quirúrgicamente dentro las primeras cuarenta y ocho horas.

Así pues, no se puede considerar que exista relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y los daños que alega el interesado, cuya antijuridicidad tampoco ha sido convenientemente demostrada. En consecuencia, procede la desestimación de la solicitud de indemnización planteada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria, concretamente una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, cuyo carácter antijurídico tampoco ha sido debidamente acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.

