



Dictamen nº 200/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 1 de septiembre de 2022, 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 22 de julio de 2022 (COMINTER 217531), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, en representación de D. Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_249), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. – Con fecha 29 de mayo de 2020, una abogada, en nombre y representación de D. Y, presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por la asistencia de los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud (SMS) durante el tratamiento de su ojo izquierdo desde agosto de 2018 a diciembre de 2019, que termina en la pérdida de visión de este tras una cirugía de cataratas.

El relato de los hechos, en síntesis, es el siguiente:

La intervención se realiza el 25 de marzo de 2019 en el Hospital Virgen del Alcázar remitido por el SMS, produciéndose en el curso de esta una rotura del cristalino. Ello hizo necesaria una segunda intervención el 12 de abril en el Hospital General Universitario Rafael Méndez (HRM) consistente en una “*vitrectomía con implante de lente intraocular en sulcus*”, tras la cual afirma que “*ha perdido por completo la visión del ojo izquierdo y la agudeza visual tanto de lejos como de cerca (. . .) resultado que se podía haber evitado si se hubiera actuado conforme a la lex artis ad hoc*”.

En apoyo de su reclamación aporta un informe pericial, firmado por especialista en Oftalmología, que afirma lo siguiente:

-La resolución de la complicación debió tratarse como una cirugía urgente, de modo similar al caso de un traumatismo perforante, dada la cantidad de restos cristalinos que, en este caso, caen al vítreo y no a los 18 días.

-Control inadecuado de la tensión ocular (no le toman la tensión ocular hasta 10 días después de la intervención) que motivó que no se diagnosticara a tiempo un proceso hipertensivo ocular producido por la complicación de la cirugía de cataratas, que le causó una Neuropatía Óptica Isquémica.

Aporta informes de la medicina pública e informe médico-pericial elaborado por el Dr. D. Z, especialista en Oftalmología.

En cuanto a la valoración económica del daño, solicita una cantidad de 88.775,50 euros.

SEGUNDO. – Por resolución, de 18 de junio de 2020, del Director Gerente del SMS se admite a trámite la reclamación formulada.

Al mismo tiempo, la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud III –HRM-, al Hospital “Virgen del Alcázar” (HVA) de Lorca y a la correduría de seguros del SMS.

TERCERO. - Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales del HRM han emitido informe:

-La Dra. D.^a P, Jefe de Sección de Oftalmología, que indica:

“Primero: El cuerpo extraño corneal del ojo izquierdo se extrae en agosto de 2017 y la catarata del ojo izquierdo se diagnostica en diciembre de 2018 (cuando se mete en lista de espera quirúrgica) por lo que los dos procesos son distintos y no están relacionados entre sí.”

Segundo: Se opera tres meses después, dentro del plazo normal de lista de espera quirúrgica. En la intervención de la catarata el día 25 de marzo de 2019 se produce una rotura capsular con luxación de fragmentos a vítreo (complicación que puede surgir en algunos casos como está indicado en el consentimiento informado). El paciente se cita al día siguiente para control postoperatorio. Se valora y se pone en lista de espera quirúrgica para vitrectomía. Se decide diferir unos días la intervención para que disminuya el edema corneal y se hidraten los fragmentos para su mejor extracción, según las directrices de la Sociedad Española de Retina y Vítreo. Y se sigue controlando al paciente los días siguientes. Cuando se constata el aumento de la presión intraocular del ojo izquierdo se pone tratamiento hipotensor.

Tercero: Se realiza la vitrectomía del ojo izquierdo el día 12 de abril de 2019 y se coloca lente intraocular, sin incidencias. Al día siguiente, en el control postoperatorio se aprecia un edema microquístico y una tensión digital elevada por lo que al tratamiento postquirúrgico se añade colirio antiedema y colirio azarga cada 12 horas. En las siguientes revisiones se toma una tensión ocular normal y se aprecia una papila pálida con hemorragias alrededor

y se diagnostica una Neuritis óptica anterior de ojo izquierdo. El campo visual de dicho ojo objetiva una reducción concéntrica. Se siguen haciendo revisiones de control y el ojo izquierdo queda con una agudeza visual mejor corregida de 0.4 a fecha de 25 de junio de 2019.

Cuarto: con lo expuesto anteriormente, la visión del ojo izquierdo no es nula sino que es de un 40%. En todo momento ha sido atendido de forma correcta. Es habitual en este tipo de complicaciones, que la visión quede más reducida.

Quinto: Según documento adjunto "Manejo de la luxación de material cristaliniano y lentes intraoculares en la cavidad vítreo" de la Sociedad Española de Retina y Vítreo, no es una cirugía urgente y puede diferirse, por lo dicho antes. Tampoco hay un glaucoma facogénico, ya que los restos cristalinianos no estaban en cámara anterior sino en cámara vítreo".

CUARTO. - Con fecha 16 de julio de 2020 se solicita informe de la Inspección Médica, que es emitido con fecha 18 de noviembre de 2021 con las siguientes conclusiones:

"1- D. Y fue diagnosticado de catarata en ojo izquierdo el 10 de diciembre de 2018 en el Servicio de Oftalmología del Hospital Santa Rosa de Lima de Lorca. El 25 de marzo de 2019 se intervino quirúrgicamente en el Hospital Virgen del Alcázar de Lorca, centro concertado con el SMS.

2- Durante la cirugía se produjo una complicación consistente en la ruptura de la cápsula posterior del cristalino con el paso de fragmentos a la cámara posterior vítreo. Esta complicación está contemplada en el Consentimiento Informado firmado por el paciente y ampliamente descrita en la literatura.

3- Consecuencia de ello se produjo un aumento de la tensión ocular que no mejoró a pesar del tratamiento con hipotensores.

4- La extracción de los restos del cristalino luxado se realiza mediante la técnica de vitrectomía, debiendo llevarse a cabo según los autores y guías, dentro de la semana siguiente a la cirugía de catarata fallida. Al paciente se le realizó la vitrectomía 17 días después de la misma.

5- El aumento de la tensión ocular mantenido tras la cirugía fallida con luxación del cristalino a cámara posterior pudo ser la causa de la neuropatía óptica isquémica anterior y consecuentemente de la pérdida de agudeza visual en el ojo izquierdo".

QUINTO. - Con fecha 17 de agosto de 2020, la compañía aseguradora del SMS aporta informe médico-pericial de la Dra. Q. especialista en Oftalmología, en el que se concluye que:

"1. Al paciente se le diagnostica de catarata del ojo izquierdo y se interviene quirúrgicamente en un centro concertado. Durante la cirugía se produce una complicación consistente en la ruptura de la capsula posterior del cristalino produciéndose el paso de fragmentos del cristalino de la parte anterior a la posterior del ojo (cámara vítreo).

2. Dicha complicación está descrita en el documento de consentimiento informado que el paciente firma.

3. Como consecuencia se produce una inflamación intraocular y un aumento de la presión intraocular. Según consta en la documentación clínica la primera vez que está documentado el valor de la presión intraocular es el 4-4-2019. También hay que señalar que al paciente desde el momento de la cirugía se le pauta un colirio con dos hipotensores (combigan) pero que por lo que se puede concluir de los datos de la historia clínica dicho tratamiento probablemente no resultó lo suficientemente eficaz.

4. La necesidad de realizar una vitrectomía para extraer los restos cristalinianos es clara puesto que lo que se luxa a cámara vítreo es un fragmento de núcleo y eso genera habitualmente una inflamación importante.

a. Se realiza dicha cirugía el 12 de abril del 2019, 17 días después de la intervención de la catarata. Dado que no siempre es posible realizar la vitrectomía el mismo día de la cirugía de catarata, el momento más apropiado para llevarla a cabo depende del grado de transparencia corneal y de inflamación intraocular, del estado general del paciente y de la disponibilidad de instrumental y personal cualificado para practicarla.

b. En términos generales, y suponiendo que no haya complicaciones significativas que obliguen a adelantarla, la vitrectomía debería realizarse dentro de la semana siguiente a la facoemulsificación fallida (dicha conclusión se extrae de las guías terapéuticas de la Sociedad Española de retina y vítreo)

5. La cirugía de vitrectomía transcurre sin incidencias, pero el paciente no recupera su agudeza visual porque se produce una afectación de la parte anterior del nervio óptico (neuropatía óptica isquémica anterior) probablemente secundaria al aumento de presión intraocular mantenida durante el postoperatorio por el fragmento de cristalino luxado”.

SEXTO. – Con fecha 2 de febrero de 2022, se emite informe de valoración del daño corporal que aporta la compañía aseguradora del SMS, elaborado por la Dra. D.^a R, doctora en medicina legal y perito experto en valoración del daño corporal derivada de responsabilidad sanitaria, en el que concluye:

“1. Se reclaman 88.775,50€ en base al baremo de la ley 35/2015. Se me encarga que determine si la Valoración del Daño corporal propuesta por el reclamante se ajusta al baremo y las circunstancias del paciente y si la cuantificación realizada por el letrado es correcta. El hecho de que realice una valoración no implica que considere que deba ser indemnizado.

2. En primer lugar, realizo una comprobación de las cantidades que propone el letrado y encuentro una diferencia de 32.565,91€.

Analizaré uno a uno los conceptos reclamados.

3. Se reclaman 25 puntos por la pérdida de la AV del 01. 25 puntos corresponden a la pérdida de la AV de un solo ojo. Así no se valora. Se valora la pérdida de la agudeza visual combinada de ambos ojos.

3.1. La pérdida de la agudeza visual combinada de ambos ojos en base a la exploración realizada el 25-6-2019 equivale a 4 puntos.

3.2. La pérdida de la agudeza visual combinada de ambos ojos previa a la cirugía era de 3 puntos.

3.3. La diferencia, aplicando la fórmula de concurrencia inversa es de 2 puntos

4. No se reclama la pérdida de campo visual de OI. La pérdida de campo visual severa en la que sólo conserva isote central no es una secuela descrita en el baremo. Está descrito el déficit complementario o contrario: el escotoma central, valorado con 2 a 20 puntos. También están descritas las hemianopsias que afectan a la visión de ambos ojos por estar a nivel de la vía central. La hemianopsia heterónima temporal son 12 puntos. Aunque afecta a ambos campos visuales externos y el paciente sólo tiene el izquierdo afectado, propongo valorarla por analogía en beneficio del paciente.

5. Se reclaman 5 puntos en concepto de otros trastornos neuróticos: Disponer de la visión de un solo ojo supone la pérdida de un 20% de la visión periférica aproximadamente. Esto le ha cambiado el humor por completo y le genera una situación de estrés emocional constante.

5.1. La pérdida de campo visual no ha sido valorada como secuela por el letrado del reclamante, pero yo si la he valorado, por lo que no procede valorar su repercusión.

5.2. No hay un diagnóstico o un tratamiento de trastorno neurótico. Lo que se describe es una reacción adaptativa a una pérdida de una función fisiológica.

5.3. Considero que al valorar el daño moral por pérdida de calidad de vida con el máximo de la horquilla ya se está recogiendo lo que se expone en el escrito de reclamación.

6. Se reclama el máximo en concepto de daño moral por pérdida de calidad de vida en grado leve. De nuevo aquí el letrado del reclamante plantea la edad como factor determinante de la medición de la gravedad de la secuela: los 70 años inciden directamente en la menor adaptación a la pérdida de visión. Estoy de acuerdo con lo expuesto y con la valoración en el límite máximo de la horquilla a pesar de la elevada edad que normalmente pondera a la baja.

7. Se reclama desde el 25-3-2019 al 25-6-2019. El periodo es aceptable, pero no la calificación de los días porque los de hospitalización equivalen a pérdida de calidad de vida grave (no muy grave) y los de impedimento equivalen a pérdida de calidad de vida moderada (no grave).

8. El 12-4-2019 se realiza cirugía de vitrectomía con implante de lente intraocular en sulcus. Se trata de una cirugía del grupo VI, que se valora con 1.345,28 €”.

SÉPTIMO. – Con fecha 8 de febrero de 2022, se remite a la compañía aseguradora el siguiente oficio:

“De conformidad con la decisión adoptada en la comisión de seguimiento de expedientes de responsabilidad patrimonial celebrada el 27 de enero de 2022 en relación con el expediente nº 346/20 (E/I-J) a nombre de Y, y a la vista de los informes periciales que obran en el mismo, esta Gerencia, considera oportuno iniciar negociaciones con la parte reclamante, por lo que en virtud de lo dispuesto en la cláusula 5.3 de las condiciones particulares del Seguro de Responsabilidad Civil/Patrimonial, póliza Número: 48-EHC-002109-01, se autoriza a esa Aseguradora, a gestionar dicha negociación, dando oportuno conocimiento del resultado de la misma”.

OCTAVO. – Con fecha 26 de mayo de 2022, se firma propuesta de acuerdo entre el reclamante y el Director Gerente del SMS para terminación convencional del procedimiento de responsabilidad patrimonial, en los siguientes términos:

“Que no existiendo discrepancias entre las partes en lo que a la asistencia sanitaria prestada a D. Y se refiere, se propone la terminación del Procedimiento Administrativo 346/20 (E/I-J) por resolución convencional mediante el abono de la cantidad de CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y UNO CON OCHENTA CÉNTIMOS (52.771,8 €), como indemnización por todos los daños y perjuicios, materiales, personales y morales, pasados, presentes y futuros, que se hayan podido ocasionar al reclamante como consecuencia de la asistencia sanitaria objeto de controversia.

La cantidad de acuerdo ha sido fijada en virtud de los criterios de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación individualizada a las lesiones y estado de salud del paciente.

El importe total a abonar será embolsado (sic, desembolsado) por el Servicio Murciano de Salud mediante transferencia bancaria que será realizada en la cuenta corriente indicada al final del presente escrito, de la que resulta ser titular el reclamante, debiendo acompañar a este escrito de acuerdo fotocopia del DNI y un documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria en la que desea que se realice el ingreso.

Con la liquidación de la antedicha cantidad, D. Y RENUNCIA expresamente a cualquier derecho o acción, presente o futura, aun cuando sus consecuencias no fuesen conocidas o no se hubiesen manifestado, que pudiera corresponderle por los hechos descritos frente al Servicio Murciano de Salud, su compañía aseguradora y sus dependientes comprometiéndose a ratificar esta renuncia ante cuantos Tribunales, Juzgados, Organismos, e

Instancias sea necesario, declarando no tener más que reclamar por ningún concepto.

Esta propuesta de acuerdo de terminación convencional del procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial está supeditada al Dictamen que emita el Consejo Jurídico de la Región de Murcia".

NOVENO. – Con fecha 21 de julio de 2022, se emite propuesta de terminación convencional del procedimiento en los términos expuestos en el antecedente anterior.

DÉCIMO. – Con fecha 22 de julio de 2022, se ha solicitado el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente, índice de documentos y extracto de secretaría.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA. - Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico, y 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA. - Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Cuando de daños físicos o psíquicos a las personas se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, circunstancia que recae en el reclamante

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjeron los daños por los que se reclama.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPACAP, toda vez que se ha ejercitado el 29 de mayo de 2020, antes del transcurso de un año desde el último informe de consulta externa de neurología, que consta en la historia clínica, de 16 de diciembre de 2019.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, sin que se aprecien carencias esenciales, toda vez que constan realizados todos los preceptivos, a excepción del plazo para resolver, que excede de 6 meses previsto en el artículo 91.3 LPACAP

TERCERA. - Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende 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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración 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:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 razonablemente 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios,

considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

La actuación del médico ha de regirse 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la “*lex artis ad hoc*” como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La “*lex artis*”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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-, 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).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervenientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPACAP (10.1 RRP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que “*en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes*”.

CUARTA. - Sobre el fondo del asunto.

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

Considera el recurrente que hay una falta de pericia en la primera intervención quirúrgica que hace que caigan a la

cavidad vítreo una cantidad muy importante de masas de cristalino, junto con la celeridad de una segunda intervención para limpiar esas masas, el factor tiempo como consecuencia de lo sucedido durante la intervención era fundamental. Además, no se tomó la tensión ocular hasta transcurridos 10 días después, por lo que ha habido una “*pérdida de oportunidad*”. Además, hay un error de diagnóstico, puesto que no existe una neuropatía óptica isquémica anterior en el ojo izquierdo sino un glaucoma facogénico por restos cristalinianos.

En primer lugar, en cuanto a la ruptura de la cápsula del cristalino, podemos afirmar que no se trata de una falta de pericia del cirujano interviniendo, sino que es una complicación típica de la operación de cataratas, que viene descrita como tal en el consentimiento informado que firma el paciente ante el SMS, y en el que podemos leer como complicación intraoperatoria “*...rotura capsular que podría impedir implantar la lente o tener que hacerlo en otro lugar, luxación del núcleo que requiera realizar una vitrectomía...*”, y que se produce, conforme al informe de la Inspección Médica, con una frecuencia que oscila entre el 0 y el 6,25%.

En cuanto a que no se le tomó la tensión ocular hasta diez días después, y como dice el informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora, como consecuencia de la ruptura de la cápsula posterior del cristalino, se produce una inflamación intraocular y un aumento de la presión intraocular, si bien desde el momento de la cirugía se le pauta un colirio con dos hipotensores que, probablemente no resultó lo suficientemente eficaz.

Tampoco existe un error de diagnóstico, puesto que, conforme al informe ya referido, durante la cirugía de vitrectomía se produce una afectación de la parte anterior del nervio óptico (neuropatía óptica isquémica anterior), probablemente secundaria al aumento de presión intraocular mantenida durante el postoperatorio por el fragmento de cristalino luxado.

Como indica el informe de la Inspección Médica, “*La neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA) es un infarto parcial o total de la cabeza del nervio óptico por oclusión de las arterias ciliares posteriores cortas. Entre otros factores de riesgo está descrita la cirugía de cataratas. Así mismo en diversos estudios los autores consideran el glaucoma como uno de los factores predisponentes y precipitantes más importantes, tanto la enfermedad establecida como la fase de hipertensión ocular*

Ahora bien, es cierto que, como se aprecia en el informe de la compañía aseguradora, “*la vitrectomía debería realizarse dentro de la semana siguiente a la facoemulsificación fallida (dicha conclusión se extrae de las guías terapéuticas de la Sociedad Española de retina y vítreo)*”.

En similares términos se pronuncia el informe de la Inspección Médica, al afirmar que “*El momento óptimo para realizar la vitrectomía para extraer los restos de cristalino es un hecho controvertido, existiendo dos tendencias de actuación: practicar la vitrectomía lo antes posible tras la cirugía de catarata (cirugía precoz) y realizarla de forma diferida. Varios estudios concluyen que el riesgo de padecer glaucoma secundario de ángulo abierto aumenta cuando la cirugía se retrasa más allá de una semana. Dado que no siempre es posible realizar la vitrectomía el mismo día de la cirugía de catarata, el momento más apropiado para llevarla a cabo dependerá del grado de transparencia corneal y de inflamación intraocular, del estado general del paciente y de la disponibilidad de instrumental y personal cualificado para practicarla. En términos generales, y suponiendo que no haya complicaciones significativas que obliguen a adelantarla, la vitrectomía debería retrasarse pues dentro de la semana siguiente a la facoemulsificación fallida*

Lo anterior lleva a considerar que existió un retraso en la realización de la vitrectomía al paciente imputable a los servicios sanitarios públicos, pues en vez de dentro de la semana siguiente a la práctica de cirugía de cataratas,

se llevó a cabo a los 17 días.

Siendo así, y como expresamos en nuestro Dictamen 71/2006, ello generó “una pérdida de posibilidades u oportunidades terapéuticas, que nos conduce a la conocida doctrina jurisprudencial de la pérdida de oportunidad en el ámbito de la responsabilidad sanitaria (STS, Sala 1^a, de 10 de octubre de 1998), que afecta esencialmente a los supuestos de error de diagnóstico y/o diagnóstico tardío, y a los de tratamiento y asistencia tardía. En el campo médico se habla de la pérdida de oportunidad de vida o curación para significar aquellos casos en que por la omisión de una ayuda diagnóstica, de un tratamiento diferente, de un adecuado diagnóstico, de un medicamento más completo, etc. se ha privado al paciente de una posibilidad de curación”.

Cabe concluir, en consecuencia, que existe relación de causalidad entre el funcionamiento omisivo de los servicios sanitarios regionales y los daños sufridos por reclamante.

QUINTA. - Sobre la forma de terminación y el quantum indemnizatorio.

La terminación convencional es una de las formas de conclusión de los procedimientos admitidas por la LPACAP. Concretamente está prevista para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el artículo 86.5 que determina: “En los casos de procedimientos de responsabilidad patrimonial, el acuerdo alcanzado entre las partes deberá fijar la cuantía y modo de indemnización de acuerdo con los criterios que para calcularla y abonarla establece el artículo 34 de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público”.

La propuesta de resolución convencional obrante en el expediente, con la que ha mostrado su conformidad el reclamante, contiene los requisitos que con carácter general exigen los distintos apartados del artículo 86 LPACAP y se ampara en un dictamen pericial que valora los daños aplicando los criterios establecidos en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, una de las posibles fuentes de cálculo según el número 2 del artículo 34 LRJSP. La estimación del importe se ha hecho teniendo en cuenta los distintos conceptos por los que procedería indemnizar en atención a la edad del paciente y su esperanza de vida. El cálculo del dictamen pericial se concreta en la cantidad de 52.771,8 euros. En consecuencia, la propuesta final de indemnizar con dicha cantidad se estima acorde con ella y puede ser asumida directamente por el SMS.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA. – Se dictamina favorablemente la propuesta de terminación convencional del procedimiento, por cuanto se ajusta a los requisitos exigidos por el ordenamiento, una vez admitida la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria por los daños causados.

SEGUNDA. - La cuantía de la indemnización queda fijada en cincuenta y dos mil setecientos setenta y un euros

con ochenta céntimos (52.771,8 euros), con la que ha mostrado su conformidad el reclamante.

No obstante, V.E. resolverá.

