

En Logroño, a 23 de diciembre de 2003, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede provisional, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Bueyo Díez Jalón y D. José M^a Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D^a M^a del Bueyo Díez Jalón, emite, por unanimidad, el siguiente

**DICTAMEN
90/03**

Correspondiente a la consulta elevada al Consejo Consultivo de La Rioja a instancia del Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, en relación con *el procedimiento de de responsabilidad patrimonial tramitado a instancia de D. A.S.N. por mal funcionamiento del servicio sanitario en la operación de cataratas.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El día 3 de diciembre de 2001 tiene entrada en el registro del Hospital de San Millán-Atención al Paciente una solicitud suscrita por D. A.S.N. en la que solicita la indemnización que pueda derivarse por una actuación médica consistente en una operación de cataratas de ojo derecho, realizada el 9 de octubre de 2000, de la cual ha derivado la pérdida total de visión por ese ojo. Reclama una indemnización, en función de las secuelas padecidas, afirmando que desea llegar a una solución amistosa y definitiva sin tener que acudir a otra vía.

En esta reclamación, el Sr. S. manifiesta que exige tal responsabilidad porque no se le informó debidamente que tras la operación de cataratas pudieran derivarse tales consecuencias y que el propio equipo médico le comunicó que se trataba de una intervención sencilla.

A su petición inicial, por la cual se pone en marcha el procedimiento de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria, el solicitante acompaña la siguiente documentación:

- El informe de alta del Complejo Hospitalario “San Millán-San Pedro” emitido el 27 de noviembre de 2000, en el que se expresa que el diagnóstico de ingreso del paciente fue “Endoftalmitis O.D.”,
- El informe de alta del Hospital Txagorritxu de Vitoria expedido el 11 de noviembre de 2000, en éste se afirma que el motivo del ingreso fue una endoftalmitis postquirúrgica en O.D., y que el tratamiento ha consistido en una vitrectomía pars plana,
- El informe de alta de 23 de noviembre, en el que se expresa que el paciente: *“después de una endoftalmitis y ser dado de alta, tuvo un recrudecimiento de la misma, por lo que vuelve a ingresar con fecha de 11/11/2000. Tras tratamiento local y general, y en vista de su buena evolución es dado de alta con fecha de 23/11/2000, pasando a control ambulatorio”* y
- El informe de la Óptica-Optometrista, D^a I.S.A., expresivo de que el día 6 de junio de 2001 le practicó al Sr. S. un examen optométrico, resultando que la agudeza visual en el ojo intervenido, el derecho, es cero.

Segundo

Con fecha de 5 de febrero de 2002, la Subdirectora Provincial de Asistencia Sanitaria comunica a la Gerencia del Complejo Hospitalario que ha sido designada la Dra. D^a M^a A.J.R., como Inspectora Médica, para elaborar el informe correspondiente a la reclamación formulada por el Sr. S. N.. Este mismo día, se remite copia de la reclamación a la Compañía aseguradora, Z.. España, SA.

Tercero

El 22 de febrero de 2002, se emite informe por la Dra. A.L. sobre la reclamación formulada y, en su cualidad de interviniente en el tratamiento dispensado al Sr. S. N., expresa cuanto sigue:

“PRIMERO.- D. A.S.N., de 78 años de edad y con antecedentes de diabetes, fue enviado a la Consulta de Oftalmología de Calahorra, para ser intervenido de catarata. El día 9-10-2000, fue intervenido de catarata en ojo derecho, después de haber firmado voluntariamente consentimiento de cirugía de catarata, en el que se explican todas las posibles complicaciones de dicha cirugía.

SEGUNDO.- La catarata tenía un núcleo cristalino muy duro, y en el transcurso de la cirugía y en las distintas maniobras de movilización del núcleo, se produce una apertura de cápsula posterior, cayendo parte del núcleo cristalino a la cavidad vítrea.

Por este motivo, y por no tener el Hospital vitreotomo (aparato que se necesita para la extracción del núcleo de la cavidad vítrea), hago con urgencia las gestiones pertinentes para enviarlo al Hospital de Txagorritxu de Vitoria.

En el transcurso del tiempo entre la cirugía de catarata 9-10-00 y cirugía de vitrectomía, 11-10-00, se produce una endoftalmitis de rápida evolución, por germen Neumococco mucoide sensible a Vancomicina, pero de tremenda agresividad.

A pesar de la correcta intervención de vitrectomía realizada en Hospital de Txagorritxu, ver informe, a la que fui primero acompañando al paciente en la ambulancia, y después estando como ayudante quirúrgico en la intervención, y del intenso tratamiento médico, poniendo antibióticos de máxima sensibilidad para su germen de forma local, general e inyecciones intravítreas, no se consiguió el efecto deseado.

TERCERO.- Después de un postoperatorio largo, el ojo evolucionó hacia la ptisis, con la pérdida total de visión. En la actualidad no tiene dolor.

CUARTO.- Es de general conocimiento que toda intervención quirúrgica conlleva un riesgo; solo en la calle se puede decir que es sencilla una técnica que todo Oftalmólogo sabe de la complejidad de la facoemulsificación, técnica empleada en la intervención de su catarata.

En su ojo izquierdo conserva una visión de 0,5000, que considero suficiente para la actividad vital de una persona de 80 años de edad, sin necesidad de ayuda de terceras personas. A manera de ejemplo, véase la firma en el escrito del denunciante.

QUINTO.- Adjunto copia del documento de consentimiento informado, firmado voluntariamente por el Sr. D. A.S.N., donde se informa con suficiente claridad las posibles complicaciones derivadas de la cirugía”.

A este informe se adjunta:

- El parte de reclamación, en el que se especifica que la profesional interviniente fue la Dra. A.L.;
- El informe del Dr.F.S., expresivo del historial clínico del paciente;
- El consentimiento informado suscrito por el paciente, y
- Todos los informes y tratamientos dispensados.

Cuarto

El 18 de abril de 2002, la Médico-Inspector designada para la elaboración de su informe técnico, lo emite y enjuicia las consecuencias de la asistencia prestada al Sr. S. N., de la siguiente forma:

“De acuerdo con la Historia Clínica de D. A.S.N.:

-Fue visto en la consulta externa de Oftalmología el 18-4-00, por disminución de la agudeza visual en ojo derecho. Se recogieron como datos de la exploración agudeza visual 0,1 en ojo derecho, 0,4 en el ojo izquierdo, tensión ocular 18 en ambos ojos.

-Fue incluido en lista de espera para extracción de cristalino de ojo derecho, por diagnóstico de catarata en ojo derecho, el 18-4-00. El paciente firmó el consentimiento para ser incluido en lista de espera. Con la misma fecha firmó el consentimiento informado para cirugía de la catarata; en dicho documento se hace constar las complicaciones de la citada cirugía.

-El 25-7-00 se llevó a cabo la consulta preanestésica, el paciente fue catalogado como Asa II y firmó el consentimiento informado para anestesia general y locorregional.

-La intervención se realizó el 9-10-00, con anestesia tópica, la técnica utilizada para la extracción del núcleo fue la facoemulsificación. De acuerdo con el protocolo quirúrgico la dureza del núcleo era de grado 4+. Se produjo la caída del núcleo a vítreo por rotura de la cápsula posterior.

-El paciente llegó a la planta a las 11 h., con buen estado general. Se le indicó Poly-Pred 1 gota/hora. A las 19 h., se realizó cura del ojo intervenido, que presentaba buen aspecto externo, el paciente no refirió dolor.

-Durante la tarde del día 10-10-00 presentó dolor, que no cedió con la administración de paracetamol y disminuyó tras administrar Nolotil. A las 21:45 h., presentaba edema corneal y palpebral y pupila miótica. Se modificó el tratamiento indicando Urbason 800 mg/24 h. IM, colirio atropina 1 %/8h., colirio ciclopléjico/8 h., colirio Troves 1 gota/8h., durante el día.

-El 11-10-00 ingresó en el Sº de Oftalmología (Unidad de día) del Hospital de Txagorritxu por endoftalmitis postquirúrgica. Se le realizó una vitrectomía pars plana, con aspiración del exudado de cámara anterior ayudado por la inyección de rpta intracamerular. La vitrectomía se extiende hasta la hialóides posterior que se encuentra totalmente adherida a la retina, no respondiendo a las maniobras de desprendimiento de la misma. Estas maniobras se realizan con una intensidad media debido a que la retina está totalmente afectada con zonas hemorrágicas, isquemia y necrosis. En cámara anterior, tras la extracción de todo el material fibrino-exudativo se aprecia un Seidel marcado, que se hace especialmente evidente al extraer la mecha vítrea incarcerationada. No se considera ventajoso suturar la herida corneal original porque el tejido corneal a este nivel está muy friable y se opta por colocar una lentilla de contacto terapéutica tras inyectar en cámara vítrea 2,25 mg., de Ceftazidima y 1 mg., de Vancomicina. La recuperación postquirúrgica fue buena y fue dado de alta una hora después de finalizar la cirugía.

-El 12-10-00 la cámara anterior presentaba material blanquecino en su totalidad, al explotar se salió la lentilla terapéutica, que no se pudo reponer por la inflamación palpebral. A las 20:30 h., el aspecto de la córnea había mejorado, habiendo descendido la secreción a la mitad inferior de la cámara, blefarospasmo. Se añadió al tratamiento Claforan 1g.1V/8 h., Vancomicina 500/8 h., colirio Vancomicina/hora, colirio Cafazolina/hora.

-El 13-10-00 presentaba la cámara anterior totalmente ocupada, con mayor densidad en la mitad inferior. No era posible apreciar el Seidel, dada la inflamación conjuntival y de párpado, úlceras corneales amplias. No se puede tomar presión intraocular. Se puso inyección intravítrea de Vancomicina.

-El 15-10-00 se puso Vancomicina 1 mg., y Ceftazidima 2,25 mg., intravítreo.

-El 16-10-00 se identificó neumococo mucoide, sensible a Vancomicina y se usó 1 mg., de Vancomicina intravítreo. Se inyectó de nuevo el 18 y 20-10-00.

-El 21-10-00 presentaba la cámara anterior llena de secreción mucopurulenta con absceso corneal a nivel de la incisión quirúrgica.

-El 23-10-00 continuaba con absceso corneal, menor inflamación. Se puso Vancomicina intravítreo.

-El 24-10-00 presentaba absceso corneal central y úlcera corneal central.

-El 25-10-00 presentaba una zona de córnea transparente más extensa, con absceso corneal reducido. Se pautó Vancomicina cada 3 días.

-Presentó mejoría durante los días siguientes, el 30-10-00 se puso Vancomicina intravítreo.

-El 6-11-00 se le puso inyección intravítrea de Vancomicina, evolución hacia la ptisis.

-Fue dado de alta el 9-11-00.

-El paciente ingresó de nuevo por dolor en ojo derecho el 11-11-00, por reactivación inflamatoria de la endoftalmitis, como consecuencia de una ciclitis. El 11-11-00 se le colocó una lente terapéutica. Se le trató con colirio ciclopléjico, pomada eiptelizante, colirio de Vancomicina reforzada, colirio Dexamatasona, colirio Troves y Zamene 30 mg/24 h. El 20-11-00 se le inyectó Trigon Depot subconjuntival. La evolución fue hacia la atrofia ocular. Fue dado de alta el 23-11-00, con el siguiente tratamiento: colirio ciclopléjico, colirio Trovex, colirio dexametasona, colirio Vancomicina reforzada.

-No existe constancia en la Historia Clínica de posteriores consultas en el Sº de Oftalmología del Hospital San Millán.

CONCLUSIONES

1ª.- El paciente fue intervenido de catarata en ojo derecho, utilizando como técnica para la extracción del núcleo de la misma, la facoemulsificación. Como consecuencia de la gran dureza del núcleo (4+), este se lupsó a cámara vítrea, por rotura de cápsula posterior.

2ª.- La evolución del paciente fue hacia la endofalmitis de ojo derecho y la pérdida de visión.

3ª.- De acuerdo con la bibliografía consultada: Kanski JJ: Oftalmología clínica. Ed. Doyma, S.A., Barcelona, 1985, generalmente no se realiza la facoemulsificación en ojos con escleritis nuclear de grado 3+ y 4+ ”.

A este informe se le une todo el historial clínico del paciente, el Sr. S. N..

Quinto

El 23 de septiembre de 2002, la Gerente del Servicio Riojano de Salud oficia al Jefe del Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario “San Millán-San Pedro” requiriéndole el envío del Protocolo orientado a la intervención de cataratas con núcleo de dureza superior a 3-4, al que se ajustaban dichas intervenciones a la fecha de los hechos, esto es, el 9 de octubre de 2000.

El Protocolo de actuación es inmediatamente remitido por el Jefe del Servicio de Oftalmología, en el mismo suscrito por la doctora cirujano de la operación, se constata, la dureza de la catarata, 4+ y la técnica utilizada para la extracción del núcleo, la facoemulsificación.

Al respecto, el Jefe de dicho Servicio especifica que la técnica es la empleada por todos y cada uno de los Oftalmólogos y en todos los casos, con independencia de la mayor o menor dureza del núcleo.

Sexto

Del mismo modo, durante la instrucción del expediente, la Gerente del Servicio Riojano de Salud oficia al Servicio de Medicina Preventiva para que informen si en la fecha de la intervención, el 9 de octubre de 2000, existían normas para controlar los quirófanos dedicados a esta patología, así como si la endoftalmitis puede derivarse de deficiencias o carencias en determinados controles de contaminación microbiana, limpieza, normas de funcionamiento, etc., que existan al respecto.

La Dra. Jefe del Sección de Medicina Preventiva responde al requerimiento referido emitiendo su informe el 31 de julio de 2002, acompañando al mismo de la siguiente documentación:

- El Protocolo del Complejo Hospitalario “San Millán-San Pedro” de Medidas para minimizar los riesgos de infección invasora por hongos oportunistas ambientales;
- Los muestreos ambientales mensuales practicados en los quirófanos de riesgo como son los de Oftalmología, los días 11 de septiembre y 11 de octubre de 2000, cuyo resultado fue de “bioseguridad”;
- Las Normas imprescindibles para la correcta limpieza de los quirófanos y paritorios;
- Las Normas de obligado cumplimiento dentro del Área quirúrgica;
- Las Recomendaciones para la prevención de Infección quirúrgica, y
- Los Controles efectuados por la Central de Esterilización, donde se constata que en la intervención que se analiza, se utilizó la Caja FACO nº 3 y todos sus controles fueron correctos.

Por último la Jefe de Sección de Medicina Preventiva concluye en su informe afirmando que:

“La procedencia de la infección de sitio quirúrgico puede ser de fuentes exógenas y de procedencia endógena. Descartados todos los factores externos que pueden provocarla, hay que buscar el origen de la flora suprofita en el propio paciente que aunque inicialmente es apatógena, puede revestir en patógena en situaciones especiales, como cirugía, estados inmunosupresión, etc.”.

Séptimo

El 25 de marzo de 2003, tiene entrada en el Registro General del Servicio Riojano de Salud un Dictamen Médico, emitido, a requerimiento de la Compañía aseguradora, Z., por una Dra especialista en Oftalmología, que, tras enunciar los hechos y desglosar el Historial Clínico del paciente, viene a afirmar las siguientes consideraciones médicas:

“-El cristalino es una lente transparente situada dentro del ojo que puede opacificarse por diferentes causas, dando lugar a una catarata y ocasionando una disminución de la agudeza visual. El paciente presentaba una catarata en su O.D. que le ocasionaba una baja visión.

-En función de la dureza del cristalino, se puede realizar una graduación de las cataratas que va de +0 a +4. La dureza +3 correspondería a una catarata madura y la +4 a una catarata hipermadura con núcleo duro.

-El único tratamiento eficaz para la catarata es la cirugía. De las diferentes técnicas desarrolladas, la más utilizada hoy es la facoemulsificación que consiste en la fragmentación de la catarata y su posterior extracción mediante ultrasonidos.

-Hasta hace pocos años no se recomendaba realizar facoemulsificación en cataratas maduras e hipermaduras, como concluye la Dra. A.J.R. en el informe de la Inspección Médica de la Consejería de Salud y Servicios Sociales de La Rioja. Actualmente, debido a las mejoras en la técnica instrumental y materiales viscoelásticos, así como la mayor experiencia, se ha convertido para muchos cirujanos en la técnica de elección y cada vez es más frecuente el abordaje de núcleos semiduros y duros hasta constituir el 32,7% de los casos. En este caso, también fue ésta la técnica de elección para intervenir la catarata.

-La facoemulsificación es una técnica no exenta de complicaciones, ya sea intraoperatorias o postoperatorias.

-Durante la intervención, se produjo la rotura de la cápsula posterior del cristalino y la luxación del mismo a cavidad vítrea. La rotura de la cápsula posterior es la más frecuente de las complicaciones intraoperatorias y su incidencia oscila entre el 4,8 y 9,9 %, según las distintas series. También la luxación o caída del núcleo o fragmentos del mismo a la cavidad vítrea es una complicación intraoperatoria más grave cuya frecuencia oscila entre el 0,3 y 1,5 % y que se ve favorecida por la rotura de la cápsula posterior y dureza del núcleo entre otras. Cuando durante la cirugía surge la caída del núcleo completo a vítreo es preciso llevar a cabo la extracción del mismo mediante la vitrectomía, ya sea en el mismo acto quirúrgico si se dispone de material técnico necesario y cirujano experto en cirugía vitreorretiniana, o bien de forma diferida hasta disponer de ellos. Hay autores que, aún disponiendo de material técnico y experiencia en cirugía

vitreorretiniana, prefieren diferirlo. En este caso, el cirujano optó por diferir la cirugía al carecer de material técnico necesario y trasladar al paciente a otro centro.

-En el postoperatorio inmediato, el paciente desarrollo una endoftalmitis aguda. La endoftalmitis aguda postoperatoria es la infección del contenido ocular cuando ocurre en las 6 semanas después de la intervención. Es una de las peores complicaciones en la cirugía oftalmológica. Dada la elevada frecuencia con que se practica la cirugía de catarata, la endoftalmitis no es tan excepcional. Según las diferentes publicaciones su incidencia oscila entre el 0,07 y 0,31% tras la extracción de la catarata. Son principalmente importantes causas de la endoftalmitis la flora bacteriana del propio paciente, la del quirófano, la del personal del quirófano, así como los fallos en los sistemas de esterilización. Los aparatos de facoemulsificación han sido considerados también como posibles fuentes de infección por la contaminación de sus circuitos internos. La rotura de cápsula posterior con pérdida de vítreo se asocia a una menor resistencia a la endoftalmitis especialmente si éste queda atrapado en la herida de forma que las bacterias tienen una vía inmejorable para alcanzar el interior del ojo. También el hecho de ser diabético es otro factor que disminuye la resistencia a la infección. En este casos, estos últimos factores favorecedores para la infección estaban presentes.

-La endoftalmitis que se produjo fue ocasionada por una bacteria, su presentación fue rápida y la evolución muy agresiva. La endoftalmitis bacterianas se presentan con mayor frecuencia en el intervalo de 2 a 7 días. Cuando las bacterias son muy virulentas suelen dar síntomas en las primeras 24 horas del postoperatorio como ocurrió en este paciente, antes de que diese tiempo a realizar la cirugía diferida para llevar a cabo la extracción del núcleo de la catarata luxado.

-Una vez que se sospecha la existencia de una endoftalmitis, el tratamiento se debe iniciar lo antes posible. En este caso, la evolución fue tan rápida y agresiva que se optó por trasladar al paciente a otro centro para realizar una vitrectomía de urgencia. En todos los Protocolos actuales de tratamiento de endoftalmitis se incluye la vitrectomía cuyo objetivo es conseguir el aclaramiento precoz de los medios para facilitar el acceso de antibióticos al vítreo. Antes de conocer los resultados de los cultivos microbiológicos se debe iniciar el tratamiento mediante una combinación antibiótica de Vancomicina y Ceftazidima de forma que ofrezca la mayor cobertura frente a las bacterias que causan las endoftalmitis postquirúrgica. Estos antibióticos fueron empleados en este caso. La administración intravítrea del antibiótico, que también se llevó a cabo, asegura una mayor concentración terapéutica en el ojo. A pesar de no estar demostrada la efectividad en el vítreo de la administración vía tópica de antibiótico, esta vía se incluye también en los protocolos de endoftalmitis y así se realizó. Una vez identificado el germen causal se debe emplear antibiótico específico, que en este caso era Vancomicina, el cual ya estaba siendo utilizado.

-Una vez desencadenado el cuadro infeccioso, el pronóstico visual es malo a pesar del tratamiento en más del 60% de los casos y el abanico de secuelas muy amplio, siendo incluso en ocasiones necesario enucleare el globo ocular. En este caso el resultado de las complicaciones no produjo tan fatal desenlace aunque si la pérdida total de visión del OD.

-En el consentimiento informado firmado por el paciente está descrito que se trata de una cirugía no exenta de riesgos. Entre las complicaciones figura expresamente la rotura de cápsula posterior, entre otras. También consta que una de las complicaciones más graves son las infecciones intraoculares, en menos de un 0,4 % que llevarían a la pérdida del ojo de forma inmediata, en días, semanas o meses”.

Ante estas valoraciones, la Dra informante extrae una serie de conclusiones, que pasamos a relacionar, por su relevancia para el presente Dictamen.

“CONCLUSIONES:

1. El paciente fue intervenido de una catarata en OD.
2. Actualmente no existe contraindicación para realizar inicialmente una facoemulsificación en una catarata con núcleo duro.
3. Durante la intervención se produjo la rotura de la cápsula posterior del cristalino y la luxación del núcleo al vítreo.
4. En el postoperatorio inmediato se produjo una endoftalmitis.
5. La rotura de la cápsula posterior del cristalino así como la luxación del núcleo al vítreo y la endoftalmitis son complicaciones posibles de la cirugía de la catarata. La cirugía no está exenta de riesgos a pesar de una técnica correcta.
6. El Complejo Hospitalario San Millán- San Pedro no disponía de medios técnicos adecuados para realizar la vitrectomía y extraer el núcleo luxado, motivo por el cual se planificó realizarlo de forma diferida en otro centro.
7. Aunque sí se sabe cual fue el germen causante de la endoftalmitis, no se conoce su procedencia.
8. El desarrollo de la endoftalmitis pudo estar favorecido por la rotura de la cápsula posterior y la diabetes.
9. Las actuaciones médicas y quirúrgicas llevadas a cabo fueron correctas.
10. Como resultado de las sucesivas complicaciones el OD evolucionó a la ptisis (atrofia ocular) con pérdida total de la visión.
11. El paciente conocía los riesgos y posibles consecuencias que podían derivarse de la intervención ya que figuran descritas en el consentimiento informado firmado por él previo a la cirugía.
12. El paciente partía ya de una baja visión previa a la intervención. A pesar de la pérdida total del OD, una agudeza visual de 0,5 en el ojo contralateral, teniendo en cuenta la edad del paciente, permite realizar una actividad cotidiana sin necesidad de terceras personas”.

Octavo

El 11 de febrero de 2003, la Gerente del Servicio Riojano de Salud, acuerda la puesta de manifiesto del expediente instruido y procede a la apertura del trámite de audiencia, concediendo a los interesados, al Sr. S. y a la compañía aseguradora, Z., un plazo de quince días para formular alegaciones y presentar los documentos que estimen pertinentes. Solamente cumple este trámite el interesado, si bien lo hace mediante unas alegaciones formuladas y suscritas por su Letrada, en las que insiste en la existencia de responsabilidad patrimonial *“ya que el Sr. S. no fue debidamente informado del riesgo de la intervención”*, empero, sigue sin valorar la cuantía de la indemnización solicitada.

Noveno

El 14 de marzo de 2003, la Gerente del Servicio Riojano de Salud requiere a la Letrada para que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.3 LPAC, acredite el poder o la representación que dice ostentar en nombre del Sr. S., el interesado en el expediente administrativo instruido. A tal efecto y mediante comparecencia personal del representado y de la representante ante el Servicio Riojano de Salud, subsanan tal defecto, con fecha de 21 de marzo de 2003, de la cual se extiende la oportuna diligencia.

Décimo

A la vista de las alegaciones presentadas por la representación letrada del Sr. S., el 14 de marzo de 2003, se remiten a los Servicios de Inspección Sanitaria para si ha lugar, proceder a la modificación de las conclusiones a las que llegó en su día la Inspección en el informe emitido. A tal efecto, la Inspectora del Área Sanitaria, con fecha de 24 de marzo de 2003, da respuesta, afirmando que se reitera en el informe ya emitido.

Undécimo

El 27 de octubre de 2003, el Gerente del Servicio Riojano de Salud, una vez instruido el expediente, formula la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la solicitud por los daños sufridos por D. A.S.N. en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro.

Duodécimo

Ese mismo día, el 27 de octubre, se eleva el expediente, junto con la propuesta de resolución, a la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud, para que recabe el informe de los Servicios Jurídicos. Por parte del Secretario General Técnico de la referida Consejería y con fecha de 29 de octubre, se remite copia del expediente a la Sra.

Letrada de los Servicios Jurídicos, la cual, el 17 de noviembre de 2003, emite un *brillante* informe desde el punto de visto jurídico.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 18 de noviembre de 2003, registrado de entrada en este Consejo el 21 del mismo mes y año, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 24 de noviembre de 2003, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo, procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercera

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del dictamen del Consejo Consultivo.

1.- Necesidad.

Son varios los preceptos en los que se afirma la preceptividad de la emisión de informe de Órganos Consultivos, en los expedientes de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, a saber:

- El artículo 11 de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja establece que “El Consejo Consultivo deberá ser consultado en los siguientes asuntos:

g) Reclamaciones que, en concepto de daños y perjuicios, se formulen ante la Administración Pública”.

- El artículo 12.1 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 dispone que:

“Concluido el trámite de audiencia, en el plazo de diez días, el órgano instructor propondrá que se recabe, cuando sea preceptivo a tenor de lo establecido en la Ley Orgánica del Consejo de Estado, el dictamen de este órgano consultivo o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma. A este efecto, remitirá al órgano competente para recabarlo todo lo actuado en el procedimiento, así como una propuesta de resolución que se ajustará a lo dispuesto en el artículo 13 de este Reglamento o, en su caso, la propuesta de acuerdo por el que se podría terminar convencionalmente el procedimiento”.

En el mismo sentido se pronuncia el artículo 12. letra G) del Decreto 8/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba nuestro Reglamento orgánico, califica de preceptivo el dictamen en las reclamaciones que, en concepto de daños y perjuicios, se formulen ante la Administración Pública.

2.- Ámbito.

Siguiendo el apartado 2º del artículo 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, este Consejo Consultivo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida, y en su caso, es decir, de concurrir el nexo de causalidad, se ha de examinar, la valoración del daño causado, la cuantía y el modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPAC.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública.

Para determinar si en el presente caso procede acceder a la pretensión indemnizatoria del reclamante, se hace necesario partir de cuáles sean los requisitos para el reconocimiento

de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en general. La Sentencia de la Sección Sexta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, de fecha 17 de Octubre de 2000, ha enumerado los siguientes y de esta forma, han sido analizados en diversos Dictámenes de este Consejo Consultivo:

1.- Que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar.

2.- Que aquella sea real efectiva y susceptible de evaluación económica.

3.- Que el daño sea imputable a la Administración y se produzca como consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendidos estos en el más amplio sentido de actuación, actividad administrativa o gestión pública, en una relación de causa a efecto entre aquel funcionamiento y la lesión, sin que sea debida a casos de fuerza mayor.

4.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración). Todo ello al abrigo de lo dispuesto en el artículo 106.2 de la Constitución Española y en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (artículos 139 a 146, parcialmente afectados por la reforma introducida por la Ley 4/1999, de 13 de enero), con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo.

En el presente caso, se trata de una reclamación por deficiente funcionamiento del servicio público sanitario, al que el reclamante imputa el daño y perjuicios causados.

Aunque, como queda señalado, el sistema de responsabilidad patrimonial es general, hemos de recordar que la asistencia sanitaria –en nuestro caso, la pública- es uno de los servicios más estrechamente vinculados a la producción de riesgos y daños, consecuencia de las limitaciones científico-técnicas que tiene la medicina (así lo hemos constatado en anteriores Dictámenes relativos a la contaminación del VHC); de la condición perecedera del ser humano (por eso la acción de los poderes públicos solo alcanza a proteger la salud y el derecho de asistencia sanitaria es, por encima de todo una prestación de medios, no de resultados) y de la extensión del sistema sanitario público cuyas prestaciones, obviamente, guardan proporción a los recursos limitados asignados por los poderes públicos. De ahí que la

Jurisprudencia existente y la doctrina de este Consejo Consultivo, hayan afirmado que la obligación prestacional sanitaria, sea de medios y no de resultados (SS. TS. Sala 3ª 1-3-1999 y 11-10-2001).

En el supuesto que se informa, - a la luz de esta doctrina general sobre el sistema objetivo de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas -, se trata de determinar si las lesiones y daños sufridos por el Sr. S. son imputables al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, esto es, si el resultado de la pérdida total de la visión del ojo derecho, el operado de cataratas, es imputable totalmente a la actividad sanitaria o si, por el contrario, es un riesgo que asumió directamente el paciente, expresado en la suscripción y firma del denominado “consentimiento informado”, lo cual nos obliga a reflexionar sobre la relación de causalidad, en cuanto a los hechos; y sobre los criterios de imputación, en lo que respecta a la valoración jurídica.

Tercero

Relación de causalidad y criterios de imputación.

Como ha venido señalando con reiteración este Consejo Consultivo, es innegable que el análisis de la “relación de causalidad” a que alude el artículo 12.2 del R.D. 429/1993 engloba dos cuestiones distintas que, por ello no deben confundirse: la relación de causalidad en sentido estricto y los criterios de imputación objetiva. En no distinguir adecuadamente estas dos facetas estriban la mayor parte de los problemas con que se encuentran quienes han de aplicar las normas que en nuestro ordenamiento consagran la responsabilidad de la Administración por el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

A) *La relación de causalidad.* El análisis de la relación de causalidad, en su más estricto sentido, no debe verse interferido por valoraciones jurídicas. El concepto de “causa” no es un concepto jurídico, sino una noción propia de la lógica que hunde su razón en las ciencias de la naturaleza. Conforme a éstas, cabe definir la causa, como el conjunto de condiciones empíricas antecedentes y necesarias que proporcionan la explicación, conforme a las leyes de la experiencia científica, de que el resultado dañoso ha tenido lugar. Partiendo de este concepto, es evidente que, siendo varias las condiciones empíricas antecedentes que expliquen la producción del resultado dañoso, ha de afirmarse, *prima facie*, la “equivalencia de esas condiciones”, de modo que las mismas no puedan ser jerarquizadas, por ser cada una de ellas tan “causa” del resultado dañoso como las demás.

A partir de ahí, la fórmula que, en la generalidad de los casos, permite detectar cuáles son las concretas condiciones empíricas antecedentes, o “causas”, que explican la producción de un daño, no puede ser otra que la de la *condicio sine qua non*: un hecho es causa de un

resultado cuando, suprimida mentalmente dicha conducta, en su configuración totalmente concreta, no se habría producido.

Al analizar los problemas de responsabilidad civil, lo primero que ha de hacerse es, pues, aislar o determinar todas y cada una de esas condiciones empíricas o “causas” que explican el resultado dañoso.

B) *Los criterios de imputación objetiva*: Problema diferente al de la relación de causalidad es el de la *imputación objetiva*, esto es, determinar cuáles de los eventuales daños causalmente ligados a la actuación del responsable pueden ser a su cargo, y cuáles no. Este es el mecanismo técnico – y no la negación de la relación de causalidad- que ha de utilizar el jurista para impedir que el dañante haya de responder de todas y cada una de las consecuencias dañosas derivadas de su actuación, por más alejadas que estén de ésta y por más irrazonable que sea exigirselas.

Porque, en efecto, a diferencia de lo que ocurre con la relación de causalidad en su más exacto sentido, la cuestión que nos ocupa es estrictamente jurídica, a resolver con los criterios que proporciona el ordenamiento. Tales criterios de imputación objetiva son aplicables a toda la relación de causalidad y sirven para eliminar la responsabilidad en los casos en que resulta jurídicamente irrazonable su exigencia al que efectivamente hubiere causado el daño. Esa “irrazonabilidad jurídica” puede ser expresa, cuando es afirmada explícitamente por el ordenamiento, o tática, cuando se infiere de los criterios generales que éste proporciona.

Como es evidente, el uso de los criterios de imputación objetiva, que es esencial siempre, resulta aún de más trascendental – por no decir, único- en las hipótesis de responsabilidad objetiva, desligada de toda idea de culpa o negligencia del dañante, cual ocurre en el caso de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas por el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. En este ámbito:

a) El ordenamiento jurídico-administrativo ofrece, primero, un esencial criterio de imputación objetiva: el del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Quiere ello decir que, una vez aislada la causa o causas –en sentido estricto- de un determinado resultado dañoso, es preciso dilucidar si alguna o algunas de ellas son identificables como funcionamiento de un servicio. A este respecto, como se ve, la única dificultad estriba en desentrañar el concepto de “servicio público”.

b) Más, en segundo lugar, y junto al indicado criterio positivo, el ordenamiento jurídico-administrativo ofrece, también, presupuesta la relación de causalidad con el funcionamiento de los servicios públicos, unos criterios negadores de la imputación objetiva de un resultado dañoso a la Administración:

a') Algunos de ellos son *expresos*: que el daño se haya producido por fuerza mayor (artículos 106.2 CE y 139.1 LRJAP), esto es, por “*una causa extraña al objeto dañoso, excepcional e imprevisible o que, de haberse podido prever, fuera inevitable*” (SS. TS 5-12-1988, 14-2-1994 y 3-5-1995, entre otras; y Dictamen del Consejo de Estado 5.356/1997); que el particular tenga el deber jurídico de soportar el daño producido, de acuerdo con la ley (artículo 141.1 LRJAP), y – desde la reforma introducida por la Ley 4/1999 –, los denominados “riesgos de desarrollo” esto es, que el evento dañoso derive 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 la producción de aquéllos*” (artículo 141.1 LRJPA).

b') Pero es evidente que, además de esos criterios legales expresos negativos de la imputación objetiva, puede inferirse *otros* del sistema de responsabilidad de las Administraciones Públicas, y así lo demuestra la Jurisprudencia del Tribunal Supremo, y también la doctrina legal del Consejo de Estado. De este modo, por ejemplo, se han utilizado, para negar la responsabilidad de la Administración, entre otros criterios, la idea de los *estándares del servicio*, o la distinción entre los daños producidos *a consecuencia* del funcionamiento de los servicios públicos y *con ocasión* de éste, que en realidad, son meras concrecciones de criterios de imputación objetiva detectados y utilizados hace tiempo por la doctrina y la jurisprudencia civil: el del “*riesgo general de la vida*”, que lleva a rechazar la imputación de aquellos resultados dañosos que sean realización de riesgos habitualmente ligados al natural existir de los sujetos (aquí, los administrados), vinculados a formas de conducta ordinarias en el momento y en una sociedad dadas; y el de la “*causalidad adecuada*”, que niega la imputación de los daños al co-causante de los mismos cuando son las otras concausas concurrentes las únicas racionalmente relevantes. Nada impide, por lo demás que, en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración puedan entrar en juego *otros posibles criterios* de imputación objetiva (de los ya conocidos y utilizados por la doctrina y jurisprudencia civil, o acaso otros distintos), si bien, como es obvio – y aunque algunos pretendan de *lege ferenda*, otra cosa –, el uso de los mismos no puede servir para circunscribir la relación de la Administración, de modo general e incondicionado, a las hipótesis de “funcionamiento anormal” de los servicios públicos, pues contravendría no sólo la Ley sino también, la Constitución.

C) *La imputación subjetiva*: una vez resueltos los problemas que plantea la relación de causalidad y también los de imputación objetiva, quedará aún por resolver la cuestión de la *imputación subjetiva*, esto es, la determinación del criterio legal que, presupuesto aquello, hace nacer en cabeza de cierto sujeto la obligación de indemnizar los daños que se hubieren producido.

a) En este punto, como es bien sabido, si el dañante fuere un sujeto de derecho privado, por regla general se requiere que su conducta pueda ser calificada como culpable o negligente (artículo 1902 Cc.), si bien, la Jurisprudencia civil del Tribunal Supremo ha utilizado diversos

expedientes que *objetivan* esa responsabilidad (“objetivización” ésta que no puede ser desconocida en sede de responsabilidad patrimonial de la Administración cuando concurren sujetos privados a la producción del resultado dañoso). A partir de ahí, en principio, responderá el propio sujeto causante del daño (responsabilidad por *hecho propio*), a no ser que, en el caso concreto, el ordenamiento señale como responsable a un tercero, con o sin posibilidad de regreso (responsabilidad por *hecho ajeno*).

b) Si, de otro modo, el supuesto lo fuera de responsabilidad civil de la Administración, dada la naturaleza objetiva de la misma, el problema de la imputación subjetiva es – en principio –, mucho más sencillo, y ofrece como única dificultad – aparte de las hipótesis de gestión indirecta y la eventual posibilidad de regreso frente a terceros–, la de dilucidar cuál sea la concreta Administración a la que competa el servicio público cuyo funcionamiento normal o anormal hubiere producido el hecho dañoso.

D) *La indemnización*: la posible concurrencia, en la producción del hecho dañoso, de diversas “causas”, así como la posibilidad de imputar objetivamente el causalmente vinculado a varios hechos o conductas a los diversos productores o autores de éstas, determina ineludiblemente la posibilidad de que la responsabilidad se distribuya entre varios sujetos (uno de los cuales puede ser, por supuesto, la propia víctima). Esto es relevante a efectos de distribuir la cuantía indemnizatoria que corresponda entre dichos sujetos, a cuyo fin habrá de analizarse la contribución causal de las conductas concurrentes a la producción del evento dañoso, esto es, a su entidad o relevancia en relación con éste. Si tal análisis no fuere factible, o no condujere a ninguna conclusión segura, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1.138 del Código Civil, entendiéndose dividida la deuda en tantas partes iguales como responsables haya.

Este Fundamento constituye la doctrina de este Órgano Consultivo, expuesta en varios dictámenes en los que se han tratado la relación de causalidad como elemento integrante de la responsabilidad patrimonial dirigida frente a la Administración Autonómica de La Rioja, (cfr. entre otros, DD.núms 3 a 7, 29, 30, 32, 40 y 48/01).

Cuarto

En particular, la responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios: la “*lex artis ad hoc*” y el consentimiento informado.

Traída a colación la doctrina formada por este Consejo Consultivo, en general en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, hemos de analizar ahora los

matices de la misma cuando el daño sea imputable a la prestación de un servicio sanitario público.

A juicio de este Órgano Consultivo, - como así lo expresó en el Dictamen 58/2003 -, en lo que se refiere a los concretos actos médicos capaces de causar un daño a un paciente, el funcionamiento del servicio público consiste en el cumplimiento por la Administración sanitaria de un deber jurídico previo e individualizado respecto de *ese* paciente, que es correlativo al derecho de éste a la protección a la salud y a la atención primaria, como principio rector de la política social y económica, contemplado dentro del Capítulo III del Título I CE, en concreto, en el artículo 43; y en normas de rango legal, como el artículo 1.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril (desarrollado por los artículos 3 a 17) y en el artículo 14 y concordantes de la Ley riojana 2/2002, de 17 de abril, de Salud.

Sólo partiendo de esta premisa, resulta capaz de explicar técnicamente la reiteración con que la doctrina y la jurisprudencia, así como los dictámenes del Consejo de Estado y de los Órganos Consultivos de las Comunidades Autónomas, vienen exonerando de responsabilidad a la Administración cuando el actuar médico, en el caso concreto, ha sido conforme a la llamada *lex artis ad hoc*; opinión con la que, por la razón ante dicha, este Consejo Consultivo coincide.

Por lo demás, la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación administrativa en el ámbito de la prestación del servicio sanitario público se encauza en los términos analizados anteriormente con carácter general, y en el nexo de causalidad, pues está sometida a las pautas comunes que, sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, están vigentes en nuestro Derecho. Así, existe también aquí, una cada vez mayor tendencia a la objetivación de la responsabilidad, persiguiendo en última instancia, la reparación de los daños indebidamente causados por la actuación sanitaria con independencia de la concurrencia estricta de culpa.

Sin embargo, en lo concerniente a los requisitos precisos para poder exigirla, debido a la especialidad de la actuación administrativa en este ámbito, se pueden apreciar ciertos aspectos propiamente caracterizadores o diferenciadores de la modalidad que ahora nos ocupa, las reclamaciones por defectuosa asistencia sanitaria.

En primer lugar, y como apuntábamos más arriba, hay que tener presente que, en general, la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos, no es una prestación de resultados sino de medios. No existe, gráficamente expresado, un derecho a la curación, pues los conocimientos y medios de los que actualmente dispone la medicina, aunque cada vez más evolucionados y más sofisticados en función de los recientes avances científicos y tecnológicos que le permiten enfrentarse a un espectro cada vez más amplio de situaciones complejas, no son siempre ilimitados ni responden por igual en todos los pacientes. Eso condiciona, a su vez, el ámbito de las expectativas que en la prestación de

asistencia se le presentan al ciudadano, de modo que está en situación de demandar del sistema de salud resultados acordes con el estado de la ciencia en cada momento.

En definitiva, en términos positivos, el ciudadano “paciente”, tiene el derecho a exigir que la actividad médica se desarrolle en forma adecuada y conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, que impone una actuación acorde con los conocimientos y técnicas adecuados al caso y según el estado actual de éstos.

Este criterio, el de la *lex artis ad hoc*, unido a la existencia del “consentimiento informado” como derecho del paciente, son los dos parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración sanitaria, esto es, en definitiva, concluir si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la *lex artis ad hoc*, o por privar al paciente de su derecho de información; o si por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste, quien conocedor de los posibles riesgos ha prestado voluntariamente su consentimiento.

A este respecto, hemos de traer a colación la Jurisprudencia de nuestro Tribunal Supremo que, entre otras, en sus Sentencias de 7 de junio de 2001 (RJ 2001, 4198) remitiéndose a otras Sentencias de 3 y 10 de octubre de 2000 (RJ 2000, 8616 y 9370), - todas ellas de la Sala de lo Contencioso-Administrativo-, afirma que el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios generados por la actividad administrativa por el funcionamiento normal o anormal de los servicios, puede radicar singularmente en el ámbito de la asistencia sanitaria, en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo

Esa inadecuación puede producirse, no sólo por el incumplimiento de la “*lex artis ad hoc*”, sino también por la inexistencia de consentimiento informado. De esta misma forma, se ha expresado la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, entre otras, en la Sentencia de 19 de diciembre de 2002.

Quinto

La responsabilidad de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja en el presente caso.

Una vez sentada, en los anteriores fundamentos jurídicos de este dictamen, en sus rasgos esenciales, la doctrina general en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas y la específica sobre responsabilidad sanitaria, procede ahora hacer aplicación de la misma al caso concreto sometido a nuestra consideración.

Pues bien, tal y como pasamos a estudiar a continuación, de la relación de hechos expuesta en el presente, hemos de analizar si el resultado de la intervención quirúrgica, la pérdida total de la visión del ojo derecho, es imputable a la actuación de los servicios sanitarios dependientes de la Administración Autonómica riojana, o si, por el contrario, han de ser asumidos directamente por el Sr. S. N..

Afirma la representación letrada del Sr. S. que los daños son imputables a la Administración, pues al paciente no se le informó adecuadamente de los riesgos conocidos y efectivos que pudieran, eventualmente, derivarse de una operación de cataratas.

Nuestro Ordenamiento jurídico, en especial el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986; el artículo 2 del Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, de 4 de abril de 1997, vigente en España desde el 1 de enero de 2000; los arts. 2, 4, 5 y 8 a 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y, por último, el art. 6.1 de la Ley riojana 2/2002, de 17 de abril, reconocen los derechos del paciente a ser informado de todo lo que concierne a su salud y a decidir libremente su sometimiento a una actuación médica de entre las opciones de que se disponga, mediante la exigencia de su previo e informado consentimiento. Tales derechos del paciente generan un correlativo deber jurídico a cargo de los profesionales sanitarios, ya que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente – ya se realice con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación (artículo 2 Ley 41/2002)-, requiere el “consentimiento libre y voluntario del afectado”, previamente informado de la naturaleza, finalidad, riesgos y consecuencias de la intervención aconsejada o propuesta (artículo 8.1 y 4.1 Ley 41/2002).

En el presente caso, el reclamante reprocha de una manera particular la falta de información de las posibles consecuencias derivadas de la intervención quirúrgica; sin embargo, obra en el expediente remitido a este Consejo Consultivo la información al paciente sobre la cirugía de cataratas y su consentimiento libremente emitido y suscrito por el propio Sr. S.. Dentro de la información suministrada y consentida por el paciente, -consentimiento informado-, literalmente se colige cuanto sigue:

“Como toda cirugía, no está exenta de complicaciones, las más graves son la hemorragia expulsiva y las infecciones intraoculares, en menos del 0,4 %, que llevarían a la pérdida del ojo de forma inmediata, en días, semanas o meses.

Otras complicaciones son el desprendimiento de retina, aumento de la tensión ocular, hemorragias intraoculares, alteración de la transparencia de la córnea, dehiscencia de suturas, edema macular, opacidad de la cápsula posterior, deformidad pupilar, dislocación de la lente que puede ocurrir en menos del 2 % de los casos y que llevarían a una posterior intervención.

Si la catarata es total, la falta de transparencia impide ver el estado de la retina y nervio óptico, previo a la cirugía, por lo que el resultado de la misma no puede garantizarse”.

Los riesgos aparecidos durante la intervención, la rotura y opacidad de la cápsula posterior, así como la, pronto aparecida en el post-operatorio, infección intraocular denominada “endofthalmitis”, fueron advertidas en dicha información al paciente, a la cual prestó su consentimiento, con fecha de 28 de abril de 2000, el Sr. S., por todo lo cual, hemos de concluir que, actuando los servicios sanitarios dentro de la *lex artis* y existiendo una información clara sobre los riesgos de la intervención, los daños derivados de la misma no han de ser imputados a la Administración titular del servicio sanitario, sino que han de ser asumidos directamente por el paciente.

CONCLUSIONES

Única

La reclamación de responsabilidad patrimonial a que se refiere el presente dictamen ha de ser desestimada, por no ser imputables al funcionamiento del servicio público sanitario los daños sufridos por D. A.S.N..

Este es el dictamen que pronunciamos, emitimos y firmamos en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.