



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 0 6 / 2 0 1 1

(Sección 1ª)

La Laguna, a 15 de febrero de 2011.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.S.J.M., por daños personales ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 8/2011 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

Mediante escrito de 16 de diciembre de 2010, con entrada en este Organismo el día 11 de enero de 2011, el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias interesa preceptivamente Dictamen por el procedimiento ordinario, en aplicación de los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación este último con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

La solicitud de Dictamen se realiza en relación con la Propuesta de Resolución, parcialmente estimatoria, que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración, incoado ante la reclamación presentada por daños producidos con ocasión de la asistencia sanitaria prestada al reclamante J.S.J.M., debidos, según alega el afectado, a una deficiente gestión de la lista de espera quirúrgica, que generó una intervención tardía con efectos lesivos.

En el escrito de reclamación inicial, los daños se evalúan en 24.367.685 pesetas, aunque advirtiéndose que a esta cantidad se habrá de adicionar la correspondiente a los gastos ocasionados en este asunto y que serán acreditados por el reclamante en la

---

\* **PONENTE:** Sr. Díaz Martínez

tramitación del procedimiento, sin perjuicio de proponer, asimismo, una solución convencional.

## II

1. El *procedimiento* ha sido tramitado por la Secretaría General del SCS, por delegación de Director de éste, en virtud de Resolución de 13 de julio de 2001, en relación con los arts. 10.3 y 15.e) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del citado SCS, aprobado por Decreto 32/1995, de 24 de febrero.

De acuerdo con la regulación del servicio público sanitario prestado, según la normativa estatal y la autonómica, tiene competencia en la materia la Comunidad Autónoma (art. 32.10 del Estatuto de Autonomía de Canarias y Ley 11/94, de Ordenación Sanitaria de Canarias, LOSC). Dicho servicio sanitario se gestiona por el SCS, Organismo administrativo creado y habilitado al efecto, por lo que éste ha de tramitar y resolver la reclamación presentada.

2. En la *tramitación del procedimiento* se han producido las siguientes actuaciones e incidencias.

A. El inicio se produce con la presentación del escrito de reclamación por persona legitimada para ello, pues es quien alega haber sufrido daños en el ámbito y con motivo de la prestación de determinado servicio sanitario gestionado por el SCS (arts. 4.2 y 6.1 RPRP). Dicho escrito tiene entrada en el Registro General del SCS el 14 de septiembre de 2001; es decir, en plazo, pues el alta médica del afectado y reclamante tuvo lugar el 28 de febrero de 2001.

La admisión a trámite de la solicitud tiene lugar el 3 de diciembre de 2001, Acuerdo que ha de entenderse sin perjuicio del antes mencionado inicio del procedimiento y, por tanto, no produciéndose en este momento.

Sin duda es aplicable tanto el Título X de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), como el citado RPRP. Por ello, ha de realizarse la fase instructora del procedimiento y, en ella, cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución que ponga fin al expediente, impulsándose de oficio la instrucción en todos sus trámites.

Además, al escrito inicial siguió otro, presentado en mejora de la solicitud, al que se acompañaba diversa documentación que le fue requerida al reclamante,

pertinentemente, en aplicación del art. 71 LRJAP-PAC, especialmente el parte de baja laboral y los informes médicos emitidos por los doctores J.G.I., M.L.G., J.S.J.M. y R.F.H.

B. Por otro lado y en lo referente a los mencionados *trámites de instrucción*, constan:

- Informes del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) y del Servicio directamente afectado, en este caso el de gestión de listas de espera, aunque incidentalmente y por el tipo de daño físico producido también ha informado el Servicio de Oftalmología. Sin embargo, la intervención de éste, en el asunto que nos ocupa, no es absolutamente determinante, siendo ajeno a la gestión expresada anteriormente.

- Apertura del trámite probatorio el 18 de septiembre de 2003, con proposición de prueba, admitiéndose las propuestas por el interesado: informe de secuelas; pericial de valoración del daño corporal; testifical del doctor R.F.H. -a la que luego se renunció-; y los informes emitidos por los Servicios administrativos en relación con los hechos expuestos y los documentos que se acompañan a la reclamación.

Sin embargo, y sin asumible justificación al efecto, es mediante Resolución de 4 de mayo de 2009, de la Secretaria General del SCS, producida, por tanto, más de cinco años después, cuando se acuerda retrotraer las actuaciones para recabar los informes propuestos en los términos del Acuerdo antes indicado. En este sentido, se emiten por fin los mismos, particularmente por el SIP, que lo hace en tres ocasiones, incorporándose a las actuaciones y generándose una demora adicional, de más de un año, asimismo no justificable.

- Audiencia, con alegaciones del interesado, trámite que se realizó en varias ocasiones (31 de marzo de 2009; 8 de octubre de 2009; 18 de enero de 2010; y 27 de mayo de 2010), haciéndose oportuna y correctamente en este caso, al hilo de las actuaciones previas que se han reseñado.

- Formulación de la Propuesta de Resolución inicial, que fue sometida a preceptivo informe del Servicio Jurídico, el cual la consideró no ajustada a Derecho en el emitido el 30 de diciembre de 2009; y, posteriormente, conforme a Derecho en el que se emitió el 2 de diciembre de 2010, tras los reajustes correspondientes en la Propuesta,.

Esta última versión de la Propuesta de Resolución concluye el procedimiento, siendo el objeto del Dictamen del Consejo. El Director del SCS debe dictar la correspondiente Resolución, de conformidad con lo dispuesto en el art. 142.2 LRJAP-PAC, en relación con lo previsto en el art. 60.1.n) LOSC.

- En cualquier caso y según se ha expuesto, la tramitación del presente procedimiento ha llevado más de seis años, sin justificación al respecto con incumplimiento de los plazos, especialmente el de resolución, de modo que se resolverá vencido, de largo, el reglamentariamente establecido para hacerlo.

No obstante, ha de resolverse expresamente el procedimiento (art. 42.1 LRJAP-PAC), aunque en este caso, habiéndose producido la desestimación por silencio administrativo, quepa hacerlo sin vinculación al sentido del silencio (arts. 43.4.b) y 142.7 LRJAP-PAC). Y ello, sin perjuicio de que también podría resultar aplicable el art. 42.7 de dicha Ley.

### III

1. Según el escrito de reclamación, los *hechos antecedentes* del procedimiento son los que a continuación se indican.

- El interesado, tras ser diagnosticado de cataratas en ambos ojos, con fecha 19 de enero de 1999 solicitó al SCS la pertinente operación para subsanarlas, causando baja laboral el 1 de septiembre de 1999. La intervención tuvo lugar en el Centro médico concertado N.S.P.S. el día 7 de septiembre de 2000, produciéndose durante la intervención quirúrgica del ojo derecho la desinserción de la zónula inferior del saco del vitreo, obligando a practicar vitrectomía y provocando edema de cornea.

Esta incidencia, que el reclamante entiende que fue debida a que permaneció en lista de espera más de un año y ocho meses, provocó que la catarata del ojo derecho alcanzara un grado de madurez y dureza tal que la intervención a practicar tuviera la calificación de alto riesgo. Además, se alega que han quedado secuelas, tales como la casi permanente inflamación del párpado, lagrimeo y supuración, con los pertinentes cuidados y precauciones que necesita el afectado, impedido de llevar una vida totalmente normal tanto por motivos estéticos, como por las molestias en el descanso y en la actividad laboral y cotidiana, así como, subsiguientemente, en la vida familiar, al producirse perjuicios para su familia por las restricciones del régimen de vida que ha de tener.

Estas secuelas se pretenden acreditar mediante pericia, que se aporta, valorándose provisionalmente en 14.863.450 pesetas; a razón de seis millones/año en

concepto de daño en relación con el trabajo personal y cuatro millones por daños morales familiares, con fundamento en la Resolución de la Dirección General de Seguros, de 30 de enero de 2001. A esta cantidad se añade 1.504.235 pts. por los 173 días de baja impeditiva (del 7 de septiembre de 2000, fecha de la intervención, al 28 de febrero de 2001, fecha de alta), generada por la lesión derivada de la demora en operar, y otros ocho millones de pts. por la necesidad de solicitar la jubilación anticipada, calculada la cifra por diferencia entre lo que hubiera percibido de salario y la pensión a percibir hasta los 70 años, por un lado, y la disminución de la pensión por menor cotización a la Seguridad Social, por el otro. Todo lo cual eleva el quantum indemnizatorio reclamado a 24.387.685 pts.

- Concretamente, el 10 de julio de 2000 y en virtud del programa de lista de espera, acude a consulta en el Centro médico concertado N.S.P.S., donde se le practica estudio preoperatorio el 12 de julio de 2000, objetivándose cataratas muy maduras en ambos ojos que, por tal condición, son de alto riesgo quirúrgico con muchas posibilidades de complicaciones, siendo deseable, por ello, efectuar la operación antes de llegar a este estado. Y, en efecto, en la operación realizada el 7 de septiembre de 2000 el proceso clínico aplicado se complicó con las consecuencias ya reseñadas.

- En este orden de cosas, entre la documentación obrante en las actuaciones consta informe del doctor J.G.I., de 11 de septiembre de 2000, según el cual se apreció en la primera exploración cataratas muy maduras en ambos ojos, más acentuadas en el ojo derecho, por donde apenas percibe el movimiento de la mano, frente al 0.25 de agudeza visual que presenta por el ojo izquierdo.

La intervención en el ojo derecho se hace mediante técnica de facoemulsificación del núcleo, produciéndose la complicación relatada que obliga a reconvertir la cirugía a extracapsular, con extracción del núcleo e instalación de lente intraocular y vitrectomía. Tras la revisión efectuada cuatro días después, se recomienda realizar, en un segundo tiempo quirúrgico, limpieza de masas, vitrectomía anterior y posibilidad de colocar anillo para evitar el desplazamiento de la lente.

- El mismo 11 de septiembre de 2000, el doctor M.L.G. informa sobre el estado del paciente al manifestarle éste la reciente intervención, señalando la existencia de complicación quirúrgica y recomendando estudio y tratamiento en centro

hospitalario. Efectuado dicho tratamiento, en el ojo derecho, con antiinflamatorios, se consigue cierta recuperación visual sin necesidad de nueva intervención.

A finales de noviembre de 2000, el reclamante se somete a cirugía de la catarata del ojo izquierdo, en un centro privado.

- El 20 de marzo de 2001 se comprueba que tiene en el ojo derecho una agudeza visual de 0.7, con su corrección, y en el izquierdo de 1.0, sin corrección. Además, se recomienda al paciente no realizar esfuerzos de intensidad moderada (levantar pesos de 5 a 10 kilos de forma reiterada) por el alto riesgo de luxación de la lente de la cámara posterior colocada en saco desinsertado del ojo derecho.

También en esa fecha y a petición del afectado, el doctor R.F.H., del Servicio de Oftalmología de la Clínica privada S.C., informa que, al margen de las anteriores incidencias, estando aquél incluido en lista de espera para intervención de cataratas, con prioridad baja, el tiempo medio de espera para operar es de 150 días para patologías oftalmológicas no urgentes.

- El 3 de mayo de 2002, el doctor J.G.I. informa que la desinserción zonular acaecida durante el transcurso de la intervención es una incidencia intraoperatoria descrita en la cirugía de cataratas, siendo un riesgo de esta técnica que figura en el documento de consentimiento informado que firma el paciente y que se plasma en un 2% de casos. Sin embargo, también se advierte que en este supuesto se trataba de una intervención de alto riesgo por el estado de la catarata a curar, por lo que se usó la técnica de la facoemulsificación, preferible a la de extracción intracapsular que está anticuada desde el punto de vista de la oftalmología moderna por la mutilación que conlleva. En este sentido, se afirma que la facoemulsificación es la mejor técnica quirúrgica para la realización de la cirugía de las cataratas, dejándose la extracción capsular para cirujanos no expertos en ella.

Es más, vistos los informes periciales de los doctores M.L.G., A.C.N. y R.F.H., aportados por el paciente, y teniendo en cuenta la agudeza visual en su ojo derecho antes de la operación y la que presentaba en él después de ésta, precisándose que el 33% de las lentes intraoculares presenta leves desplazamientos en los pacientes que se revisan al año, el facultativo informante considera más que correcto, aparentemente, el resultado, aunque podría haberse intentado mejorar si el paciente hubiese continuado con las pertinentes revisiones en la Clínica donde se efectuó, por dicho médico, la intervención.

Por tanto, concluye que hay mejoría ostensible, aunque, en la fecha que informa, las posibilidades de recuperación quirúrgica se verán disminuidas por la retracción del saco capsular en la zona de la desinserción, puesto que la cirugía efectuada, pese a ser la requerida, resultaba compleja por su dilación. En definitiva, a pesar de la inevitable complicación producida, con sus consecuencias, se ha mejorado la visión del paciente.

2. Por su parte, el informe del SIP, de 4 de septiembre de 2009, comienza señalando que el reclamante abandonó la asistencia a prestar por el SCS y acudió a especialistas privados, que le pautaron tratamiento antiinflamatorio. Y que, en todo caso, el promedio de seguimiento tras una cirugía de cataratas es de 10 semanas, que se corresponde al menos con cuatro controles de postcirugía.

Se informa, asimismo, sobre la situación oftalmológica del reclamante tanto del ojo derecho, como del izquierdo, el 20 de marzo de 2001 y el 4 de noviembre de 2003, apreciándose que se mantiene la visión en el segundo, sin corrección, pero ha empeorado ligeramente (0,6) en el primero, requiriendo corrección.

En cuanto a la secuela de lagrimeo, se señala que no consta la misma en ningún documento, a excepción de un informe de julio de 2002, que refiere la existencia de un cuadro de conjuntivitis bilateral de posible origen bacteriano, ajeno por tanto a la cirugía de cataratas.

Asimismo, se considera que no cabe atribuir todas las circunstancias laborales y personales a la cirugía de catarata del ojo derecho, pues el reclamante posee, tras la intervención, una agudeza visual mejor que antes de ella, siendo previsible la incidencia que se produjo, descrita, por lo demás, en el consentimiento informado.

3. En nuevo informe del SIP, de 8 de enero de 2010, se precisa que el reclamante fue incluido en lista de espera quirúrgica el 27 de agosto de 1999 por cataratas bilaterales, con prioridad 3; inclusión que procede respecto de pacientes por prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico una vez concluidos los estudios diagnósticos. Además, para la realización de la operación el Hospital tiene previsto la utilización de quirófano, siendo una patología que permite la demora del tratamiento porque no produce secuelas importantes.

En este sentido, la Orden de 15 de mayo de 2003, por la que se establecen los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del

SCS, se establece un período máximo para la cirugía de cataratas de 150 días. La situación de espera del paciente era anterior a que se dictara la Orden, tomándose por ello como valor indicativo al respecto el de los procesos no urgentes.

Consecuentemente, se estima producida una demora de siete meses en ser intervenido quirúrgicamente el paciente, atribuible al funcionamiento del servicio sanitario, pero sin constar secuelas objetivables y sin que se pueda afirmar categóricamente que la complicación sufrida, informada al paciente y consentida por éste, no se hubiera presentado de haber sido intervenido con anterioridad. Así, se reitera que esta complicación puede presentarse hasta en un 2% de los casos, con independencia del tiempo de evolución de las cataratas, como lo demuestra el hecho que las del ojo izquierdo, de las que fue intervenida dos meses después, maduraron durante más tiempo y no por ello la operación tuvo consecuencias desfavorables.

4. Sin embargo, el propio Servicio de Inspección y Prestaciones, en informe de 21 de mayo de 2010, admite la existencia de una inadecuada gestión de la lista de espera, que pudo conllevar un incremento en la posibilidad de ocurrencia de un riesgo quirúrgico que, insiste, el paciente conocía y aceptó.

En este orden de cosas y respecto a los daños de índole laboral que el reclamante estima se le han causado, se advierte que éste estuvo de baja desde el 15 de diciembre de 1998 hasta el 1 de agosto de 1999 y que, tras causar alta y disfrutar el mes de agosto de vacaciones, vuelve a estar de baja el 1 de septiembre de 1999, por cataratas bilaterales, hasta el 28 de febrero de 2001, en que cursó propuesta de invalidez, que le fue desestimada, por lo que hubo de reincorporarse al trabajo el 25 de junio de 2001.

Asimismo, se señala que la Empresa le procuró entonces un curso de operador informático hasta el 20 de noviembre de 2001, con horario de 11:30 horas a 14:30 horas, de lunes a viernes, sin tener que acudir al trabajo durante este periodo. Pero una vez terminado el curso, al tercer día de su reincorporación y habérsele explicado el programa del almacén de la empresa, presenta parte de incapacidad temporal el 26 de noviembre de 2001 por hipertensión y estar pendiente de intervención quirúrgica por varices.

El 15 de febrero de 2002 es citado por la Clínica N.S.P.S. a fin de practicarle la cirugía de varices por el cirujano de cupo, pero rechaza la misma. Por esto, estuvo de baja bastante tiempo más, por causas absolutamente ajenas a la cirugía de cataratas y, en noviembre de 2002, se produce su despido por la Empresa; cuestión



que habría que dilucidar ante los órganos judiciales competentes en cuanto a su procedencia o no.

Por consiguiente, concluye que, esta secuencia de hechos, cuya constancia se refleja en documentos obrantes a la Unidad de Salud Laboral del SCS, es suficientemente esclarecedora de una situación clínico-laboral ajena al objeto de la reclamación.

5. En definitiva, sobre la cuestión esencial en este asunto, que es el eventual agravamiento del padecimiento ocular del interesado por la demora en ser operado, visto el tiempo transcurrido entre su inclusión en lista de espera quirúrgica y la intervención, provocándole así la aparición de la complicación ocurrida en ésta, con sus correspondientes consecuencias dañosas para el estado subsiguiente del paciente, la PR, siguiendo el informe del Servicio, sostiene que atribuir todas las circunstancias laborales y personales dañosas a la cirugía realizada, de las cataratas del ojo derecho, no responde a la realidad, pues el reclamante posee una agudeza visual, con corrección, indefectiblemente mejor que antes de la cirugía, según valoración médica efectuada el 29 de mayo de 2009.

Además, en los documentos de consentimiento informado firmados por el reclamante constan las alternativas y los riesgos de la operación (desprendimiento de retina, aumento de la tensión ocular, hemorragias intraoculares, alteración de la transparencia de la cornea, dehiscencia de suturas, edema macular, rotura capsular, luxación posterior del núcleo, opacidad de la cápsula posterior, deformidad de pupilas, dislocación de la lente o caída del párpado), cabiendo su plasmación, incluida la complicación aquí producida, hasta en un 2% de los casos, y produciendo una disminución transitoria o definitiva de la visión, con necesidad de intervención posterior o tratamiento complementario. En todo caso, si la catarata es total, la falta de transparencia que comporta impide ver el estado de la retina y del nervio óptico previamente a la cirugía, por lo que el resultado de la misma no puede garantizarse.

Por consiguiente, se sostiene que el reclamante nunca fue ajeno a la trascendencia de la intervención quirúrgica que se le practicó, ni a las consecuencias que se podrían derivar de la misma, siendo informado suficientemente a los efectos de lo previsto en el entonces vigente art. 10.5 de la Ley 14/1986, de 21 de abril, General de Sanidad; lo que evidencia que la actuación médica sanitaria fue correcta tanto por la información facilitada, como en lo que concierne a los términos en que

fue prestado por el paciente el consentimiento a la intervención quirúrgica a la que iba a ser sometido.

A mayor abundamiento, la complicación surgida, como riesgo informado y plasmado inevitablemente pese a la corrección de la intervención, fue solventada adecuadamente, sin poderse evitar daños que, además, no eran imprevisibles para el interesado.

No obstante y también en la línea del informe del Servicio, se reconoce una inadecuada gestión de la lista de espera, generando una demora en la operación que pudo incrementar la plasmación de un riesgo quirúrgico, pese a que el paciente lo conocía y asumió. Además, tal riesgo es una eventualidad general, de manera que, aun efectuándose la cirugía en fecha anterior, no habrían variado el pronóstico de las cataratas, la necesidad de tratamiento quirúrgico, o la existencia de complicaciones.

En consecuencia, habría cierta responsabilidad derivada de la demora de siete meses en la intervención achacable al funcionamiento del servicio público sanitario, pero sin que ello generase secuelas irreversibles en el paciente o disminuyera la eficacia de la intervención quirúrgica a la que fue sometido. Por eso, se valora el perjuicio que se le produce en seis mil euros (6.000 €), cantidad que se fija como indemnización.

## IV

1. Pues bien, en el *análisis a efectuar de la adecuación jurídica de la PR* ha de observarse que ésta admite, a la luz de los datos disponibles en el expediente, que se produjo en este caso la deficiente gestión de la lista de espera en la que se incluyó al reclamante. Así, la inclusión se hizo el 27 de agosto de 1999, con prioridad baja, lo que significa, tratándose de patología oftalmológica no urgente, la existencia de un plazo de espera medio de 150 días (hasta el 24 de enero de 2000). Por tanto, efectuándose la intervención en la fecha reseñada (7 de septiembre de 2000), hay un retraso de siete meses y trece días desde que acabó tal plazo, circunstancia irregular, que sólo puede ser atribuido al incorrecto funcionamiento del servicio sanitario.

Sin perjuicio de lo que luego se dirá sobre las consecuencias dañosas para el paciente, provocadas por esta demora, cuestión sobre la que la Administración se pronuncia de forma contradictoria a la luz de los informes del SIP, lo cierto es que la propia demora podría ser indemnizable. Pero siempre que genere algún tipo de daño, físico o moral, cabiendo considerar producido aquí este último por los problemas

soportados por el paciente en ese período de algo más de siete meses, que ha durado.

2. Sin embargo, cabe mantener que este reconocido retraso generó, además, otro tipo de daño, incidiendo en la operación del ojo derecho, como tratamiento procedente para sanar la patología oftalmológica, al potenciarse con ello, como también admite la Administración, la plasmación de la complicación presentada en ella.

Así, consta que, antes de la intervención, el paciente tenía cataratas muy maduras en ambos ojos, sobre todo en el derecho, suponiendo un alto riesgo quirúrgico con muchas posibilidades de complicaciones en la operación, conocidas y descritas, por más que la técnica a utilizar debiera ser la que efectivamente se practicó y se hiciera correctamente, por lo que es deseable operar siempre con cierta premura y, desde luego, antes de alcanzarse el estado oftalmológico descrito.

Es decir, debiéndose utilizar, pese a su complejidad, el mejor tratamiento quirúrgico, se produjo inevitablemente la complicación reseñada por el estado de la catarata, potenciándose los riesgos descritos antes.

Es cierto que, aun así, la operación consiguió mejorar mucho la agudeza visual, solventándose incluso, en parte, problemas derivados de ella con un proceso curativo adicional no quirúrgico. Ahora bien, la recuperación del paciente se retrasó por las características de la operación y el efecto de la retracción del saco capsular que tuvo que hacerse, además de no obtenerse pleno éxito en lograr la visión total del ojo, conseguida, por contra, en la operación realizada después en el otro.

3. Pues bien, para rebatir el carácter indemnizable de este daño físico generado al paciente, la Propuesta de Resolución mantiene la argumentación ya expuesta previamente, con especial referencia a que la complicación producida, descrita y plasmable en pocos casos, consta en el documento de consentimiento informado que firmó el paciente, debidamente informado al respecto.

Con ello, se viene a decir que el interesado tiene que asumir este daño porque es posible y le era conocido, al ser informado al respecto y dar su consentimiento, apareciendo de modo natural e inevitable, a pesar de que la asistencia efectuada, en su conjunto, e incluyendo la concreta técnica operatoria usada, fue conforme a la *lex artis*, siendo en este punto adecuadamente cumplido el precepto aplicable al efecto.

Sin embargo, este argumento no puede compartirse, ni, por ende, se considera que logra su propósito de limitar la responsabilidad de la Administración a la causa antes analizada. Así, ante todo cabría apuntar que tanto la “desinserción zonular” como su consecuencia la “retracción del saco capsular” no vienen expresamente recogidas en el documento de consentimiento firmado por el paciente, ni consta en el expediente que se le hubiera informado suficientemente de su concreta aparición como complicación operatoria, especialmente dada la circunstancia antedicha.

En todo caso, cualquier complicación descrita como riesgo en la intervención de cataratas, incluso la efectivamente producida, se conecta, aun en el porcentaje de aparición indicado, a la cirugía que ha de realizarse en tiempo adecuado. Y no se estima que pueda negarse que, por la demora en operar, el riesgo se incrementa por la evolución del estado de las cataratas, hasta el punto de que, siendo aquél el que aquí existía, la operación es de alto riesgo, suponiendo que la complicación aparece más fácilmente y con mayor frecuencia, generando no sólo que disminuya el éxito de la intervención, sino que se retrase la recuperación quirúrgica, con lo que ello supone, como en este supuesto ocurrió.

Además, las cataratas no eran completas y, aunque eran de prioridad baja, esta calificación correspondía al principio del proceso curativo indicado, con tratamiento quirúrgico a practicar tras ser diagnosticadas, y no cuando se realizó, por fin, la operación, evolucionando a muy maduras, sin acreditarse que el reconocido incremento del riesgo lo conociera el paciente, ni que se le explicaran estas posibles complicaciones de la cirugía en ese momento, de modo que, en el mejor de los casos, sólo conocía los riesgos generales no ajustados al exacto estado de su ojo, consintiendo una intervención normal y no la que se le practicó por la complicación habida.

Es más, la necesidad de utilizar la técnica que el caso, por sus características, requirió, con la aparición de complicaciones y el retraso en la recuperación quirúrgica, la provocó una demora creada por la Administración sanitaria. En este sentido, es claro que no es aceptable que, en estas condiciones, no variaran las complicaciones de la cirugía en cuanto a su frecuencia o plasmación, pues la propia Administración admite que se incrementa el riesgo.

4. Por otro lado y en esta línea, se aduce que la complicación sufrida, no puede determinarse que no se hubiese presentado de haberse intervenido en plazo. Este argumento tampoco es admisible, siquiera sea porque la propia Administración asume el antedicho incremento del riesgo por la demora. Además, no sólo se explica

médicamente el motivo de que ello suceda, sin rebatirlo la Administración en ningún momento, sino que, no siendo el consentimiento prestado válido para eludir la exigencia de responsabilidad, al menos plenamente, al generar el riesgo la actuación administrativa misma, haciéndolo difícil de evitar con sus efectos, la realidad es que la evolución de la catarata que dificultó la operación se produjo por no hacerse ésta en plazo.

Y en absoluto cabe alegar al respecto que la intervención en el ojo izquierdo se realizó sin problemas y con éxito, pese a madurar más tiempo la catarata operada. Así, es claro que cabe la posibilidad de que, con la misma o diferente técnica, no aparezca la complicación aparecida en la anterior intervención, aunque existiera en principio riesgo para ello, y quizá tan elevado como en el caso del ojo derecho, pues, sin duda, no es obligado que siempre suceda. Además, no sólo esta operación la realizó otro médico y, por tanto, sin existir equiparación en este sentido, sino que, en particular y sobre todo, el estado del ojo izquierdo era sensiblemente mejor que el del derecho y, por tanto, la intervención era menos compleja y, por ende, menos susceptible de producir complicaciones, en especial la concreta surgida en el ojo derecho.

5. Como se expuso antes, consta que, después de realizarse la intervención quirúrgica, el alta médica tuvo lugar el 28 de febrero de 2001. La Administración dice que el promedio de seguimiento tras una cirugía de cataratas es de 10 semanas, tiempo en el que se efectúan hasta cuatro controles postoperatorios, pero en este caso y por la complicación aparecida, tal período se alargó, advirtiéndose, por el especialista que intervino, el inevitable retraso de recuperación quirúrgica; lo que es asimismo indemnizable por idéntico motivo que el antes expresado, determinándose el quantum indemnizatorio en función del período ordinario de baja tras una intervención normal. Siendo la operación el 7 de septiembre de 2000, las 10 semanas se cumplirían el 16 de noviembre de dicho año. El alta le fue dada el 28 de febrero de 2001, luego tuvo 104 días de exceso de baja sobre lo previsible después de una operación de cataratas.

Cabe admitir que no es, en cambio, indemnizable la secuela del lagrimeo alegado, no sirviendo a este fin, como justificación de ser consecuencia de la intervención, el informe de julio de 2002, pues se refiere a un cuadro de conjuntivitis bilateral de posible origen bacteriano, ajeno por tanto a la cirugía de

cataratas y aparecido muy posteriormente a la operación realizada en el ojo derecho.

En cuanto a las circunstancias, o mas bien consecuencias, laborales por las que se reclama, ha de tenerse en cuenta lo reseñado en este punto anteriormente, aun incidiendo desde luego su dolencia de cataratas en ambos ojos en la vida laboral del interesado, que estuvo de baja por este motivo antes y después de la intervención, y recibió cierto trato favorable en su Empresa tras el alta recibida posteriormente a aquélla. En esta línea, la nueva baja recibida ulteriormente no está relacionada con dicha intervención o el estado de sus ojos por cataratas, aunque, aparentemente, lo esté con el despido que finalmente recibió de la Empresa.

Así, según escrito de ésta, el despido se debe, principalmente, a una total disminución del rendimiento del trabajo normal que se detectó después de su operación de la vista. Naturalmente, esta cuestión habría de ser objeto de un proceso que se incoara, debiéndose estar a lo que en él se resolviera, pero, además, el trabajador siguió un curso de operador informático, proporcionado por la propia Empresa, y el tiempo de baja previo al despido no se debió a sus problemas visuales. Es más, independientemente de lo indicado respecto al proceso que se incoara sobre dicho despido, lo cierto es que éste no sólo se debió a varios motivos, sino que el trabajador tenía una agudeza visual entonces, en especial en su ojo izquierdo, superior a la mostrada antes de la operación.

Por este motivo también ha de descartarse toda indemnización, como reclama el interesado, en razón de la necesidad supuesta de jubilación anticipada, no estando acreditado que ésta se produjera por efectos de la operación, pues el interesado mejoró su vista tras ella, constatatadamente, y tenía problemas oftalmológicos con anterioridad, que no fueron producidos por el funcionamiento del servicio sanitario, evidentemente.

Finalmente, en lo que respecta a la limitación de la vida personal y familiar del reclamante, consta que, con el alta, se le recomendó no realizar esfuerzos de intensidad moderada (levantar pesos de 5 a 10 kilos de forma reiterada) por el alto riesgo de luxación de la lente de la cámara posterior colocada en un saco desinsertado del ojo derecho. No parece que esta recomendación, habida cuenta el motivo para hacerla que se expresa, conectado con la complicación surgida en la operación, y su efecto consiguiente, se refiera a cualquier sujeto intervenido de cataratas, siendo una limitación propia de la operación que tuvo el afectado.

Así, debido a la especial colocación de la lente por la desinserción efectuada, el riesgo de luxación es específico y superior al normal y, por tanto, el límite a los esfuerzos físicos es singular y más fuerte que de ordinario. Con ello, se afecta negativamente a la vida personal y familiar del reclamante, que no puede hacer esos esfuerzos y, además, requiere la ayuda o la intervención de otras para realizar la labor de que se trate, procediendo en tal caso que el interesado reciba cierta indemnización por ello, a cuantificar en función de la determinación pericial de la limitación física.

6. Por las razones expuestas, la Propuesta de Resolución es sólo parcialmente ajustada a Derecho, debiéndose indemnizar al interesado en los extremos antes expresados de demora en la operación (siete meses y trece días), menor visión (0,6 sobre 1), más días de baja de los normales en operaciones de cataratas (104 días) y limitación de esfuerzos físicos, rechazándose, sin embargo, que proceda la indemnización reclamada por la secuela de lagrimeo, consecuencias laborales y jubilación anticipada que el reclamante relaciona con la actuación del SCS.

En este sentido, la cuantía de la indemnización ha de ascender a 20.255,18 euros, de acuerdo con lo contemplado, aplicándose adecuadamente al caso en la línea jurisprudencialmente fijada, las Tablas correspondientes al Seguro de accidentes de circulación de 2011, en función de los siguientes conceptos y cantidades: a) baja impeditiva de 104 días, 5.748 euros; retraso en la operación de 225 días, aplicando el 20% por daño moral, 1.839 euros; limitación en coger pesos y consecuencias, 8.687 euros; y pérdida de visión, 4.481,18 euros.

## CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación en los términos expresados en este Dictamen, indemnizándose al interesado en la forma señalada en el Fundamento IV.6, en conexión con lo razonado en los anteriores apartados del mismo Fundamento.