



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 121/2019

(Sección 1ª)

La Laguna, a 8 de abril de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 71/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 10 de febrero de 2017 a instancia de (...), por los daños padecidos como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante solicita por los daños sufridos una indemnización de 20.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), norma aplicable por encontrarse en vigor en el momento de la presentación de la reclamación.

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad;

---

\* Ponente: Sra. de Haro Brito.

la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

- En marzo de 2008 se somete a evisceración ocular de ojo derecho, presentando durante los años posteriores infecciones oculares frecuentes.

- Con fecha 11 de junio de 2015 se incluye en lista de espera quirúrgica para recambio de prótesis de Medpor. En el mes de diciembre de 2015 acude al oftalmólogo con sangramiento ocular. El médico muestra su acuerdo con el recambio de prótesis.

- Con fecha 26 de febrero de 2016 se realiza la intervención. Firma el consentimiento informado para rellenar la cavidad anoftálmica con tejido graso

proveniente de Banco de Donación, pero la doctora decide no extraerle la prótesis y le realiza otro tipo de intervención.

- Tras dos meses con el ojo tapado y curando con antibióticos y antiinflamatorios, se le sugiere acudir al Dr. (...), en el Centro Oftalmológico de la Clínica (...), donde el diagnóstico fue de Granuloma sangrante que debía ser extraído para su posterior biopsia.

- Con fecha 24 de mayo de 2016, y buscando una segunda opinión, acude al Centro Oftalmológico (...), de Asturias, donde se detecta una importante secreción sanguinolenta y un Papiloma Conjuntival, aconsejando su extracción y Biopsia; se confirma así el diagnóstico del Dr. (...).

- Con fecha 26 de agosto de 2016, se extrae el Papiloma. El día 12 de septiembre de 2016 acude a consulta oftalmológica por sangramiento conjuntival. Se realiza exudado y se solicita TAC y RMN, obteniendo la cita para el 24 de febrero de 2017. Se incluye en lista de espera para extracción de prótesis de Medpor.

- Con fecha 18 de enero de 2017 en consulta se observa que ha desaparecido el sangrado ya que la causa era una bacteria alojada en la cavidad de la prótesis; se incluye de nuevo en lista de espera para relleno de la cavidad anoftálmica y ampliar fondo de saco del ojo.

- Desde el 26 de agosto de 2016 tiene el ojo tapado con las consecuentes molestias. Ante esta situación se le informa que primero se le va a rellenar la cavidad ocular y posteriormente, tras la curación, se procederá a la ampliación del fondo de saco.

- Ante la dilatación de la situación, acude a la Clínica (...) en consulta privada el día 19 de enero de 2017, donde es examinado, y el día 1 de febrero se le realiza dos operaciones quirúrgicas, relleno de cavidad anoftálmica y ampliación de fondo de saco.

El reclamante solicita ser indemnizado puesto que entiende que:

- Se le debió extraer la prótesis ya en la intervención de 26 de febrero de 2016, tal y como se aconsejaba.

- Si se hubieran realizado las pruebas de exudado y TAC para determinar el origen de la infección y el sangrado constante, se hubieran evitado dos

intervenciones quirúrgicas, así como analíticas, radiografías de tórax, ECG y preanestesia quedando pendientes otras pruebas.

- Todavía estaría esperando a que le llamaran de la lista de espera para la intervención.

2. Por su parte, el SIP relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El 22 de marzo de 2006, el paciente de 63 años fue atendido tras ser remitido desde la Clínica (...) por descenso visual en campo superior del ojo derecho, de 5 días de evolución.

Como antecedente ocular, cirugía de agujero macular realizado en esa Clínica unos 45 días antes. Se le diagnostica de desprendimiento de retina inferior derecho, con mácula desprendida y agujero macular en estadio 2. En ojo izquierdo, la visión es de la unidad.

- El 29 de marzo de 2006 se interviene practicando cirugía retinovátreo (cerclaje, vitrectomía, retinotomía temporal inferior, pexia y taponamiento con gas). Se realizan los oportunos controles postoperatorios, y el abril del 2006, la visión derecha era de bultos, con catarata en evolución y retina plicada. En mayo, la catarata progresa y se detectan precipitados queráticos. En fondo ocular, retina plicada, agujero macular abierto, e inicio de proliferación vítreo retiniana en arcada del polo posterior.

Se le comenta al paciente, que la persistencia del agujero macular no justifica una nueva cirugía, dado que en este estadio, y tras las cirugías previas, aunque se lograra el cierre del agujero, la visión no mejoraría; Solo se procedería a la reintervención si la proliferación vítreo retiniana progresara. En los controles posteriores se constató dicha evolución desfavorable, por lo que se decide nueva intervención.

- El 15 de mayo de 2006 se le realiza Facoemulsificación, liberación de las zonas de proliferación retiniana y se deja como taponador, aceite de silicona.

Tras la cirugía se constata visión de bultos, tyndall hemático en cámara anterior, hipotonía ocular (4 mm Ng) y retina reaplicada. Se procedió a tratar la hipotonía con corticoterapia tópica, periocular y sistémica.

- En agosto del 2006 se aprecia un empeoramiento visual, se mantiene una hipotonía severa y un redespndimiento por nueva proliferación vitreo-retiniana. Se

le explica que en estas condiciones, no es procedente nueva cirugía, dado que la intervención solo podría empeorar el cuadro de la hipotonía.

- En septiembre, se le aconseja revisar el ojo izquierdo y en octubre, efectuar una Retinografía y si procedía, una Angiografía. El paciente se niega, lo que se deja escrito en su historia.

- En enero del 2007 acude por urgencias por dolor derecho, con amaurosis y visión de la unidad en ojo izquierdo. En el ojo afecto, presenta una situación terminal con presión de cero.

Se le propone Enucleación. El paciente decide pensarlo y nos comunica que de hacer dicha Enucleación: lo hará en otro centro.

- En marzo de 2008 se somete a evisceración ocular de ojo derecho presentando durante los años posteriores, infecciones oculares frecuentes.

- El 11 de junio de 2015 se incluye en lista de espera quirúrgica para recambio de prótesis de Mednor.

- En el mes de diciembre de 2015 acude al Médico Oftalmólogo con sangramiento ocular. El Médico muestra su acuerdo con el recambio de prótesis.

- El 26 de febrero de 2016 se realiza la intervención. Firma el consentimiento informado para rellenar la cavidad anoftálmica con tejido graso proveniente de Banco de Donación.

- Tras dos meses con el ojo tapado y curando con antibióticos y antiinflamatorios, acude al Centro Oftalmológico privado Clínica (...) de Sta. Cruz de Tenerife; en ella el diagnóstico fue de: Granuloma sangrante, que debía ser extraído para su posterior biopsia.

- El 24 de mayo de 2016, acude al Centro Oftalmológico (...), de Asturias, donde llega buscando una segunda opinión. Se le detecta una importante secreción sanguinolenta y un Papiloma Conjuntival, aconsejando su extracción y Biopsia. Se confirma así el diagnóstico de la Clínica (...).

- El 26 de agosto de 2016, se extrae el Papiloma.

- El 12 de septiembre de 2016 acude a consulta oftalmológica por sangramiento conjuntival. Se realiza exudado y se solicita TAC y RMN, obteniendo la cita para el 24 de febrero de 2017. Se incluye en lista de espera para extracción de prótesis de Medpor.

- Con fecha 18 de enero de 2017 en consulta se observa que ha desaparecido el sangrado ya que la causa era una bacteria alojada en la cavidad de la prótesis, se incluye de nuevo en lista de espera para relleno de la cavidad anoftálmica y ampliar fondo de saco del ojo.

- Desde el 26 de agosto de 2016 tiene el ojo tapado con las consecuentes molestias. Ante esta situación se le informa que primero se le va a rellenar la cavidad ocular y posteriormente, tras la curación, se procederá a la ampliación del fondo de saco.

- El día 19 de enero de 2017, ante la dilatación de la situación, acude a la Clínica (...) (centro privado) para ser examinado. Se constata que el paciente de 72 años habría sido operado de: cirugía macular, desprendimiento de retina, Eucleación del ojo derecho, implante de prótesis de Medpor, biopsia coagulación de tumoración de conjuntiva anoftálmica.

- El 1 de febrero se le propone para intervención quirúrgica y es operado el 8 de marzo de 2017.

- Es reoperado por granuloma conjuntival el 5 de abril de 2017.

- El 9 de enero de 2018, el paciente es intervenido quirúrgicamente del ojo derecho, instaurando un injerto de membrana Miótica.

- Es derivado al Hospital (...) de Madrid adonde llega el 30 de mayo de 2018 para ser atendido. En dicho Hospital se valorará si se debe interconsultar con la clínica (...) de Madrid especialista en prótesis oculares, estética periocular, cirugía reconstructiva de párpados y lentillas cosméticas. Finalmente el centro elegido fue el centro protésico (...).

- El Informe del 25 de julio de 2018, del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario (...) de Madrid indica que el paciente fue intervenido hace un mes, interponiendo injerto de mucosa labial y yugal para tratamiento de retracción severa de cavidad anoftálmica.

Cita en el protésico en una semana y cita en el Hospital (...) en dos meses.

El SIP realiza las siguientes consideraciones:

- Un agujero macular es una pequeña ruptura en la mácula, la parte del ojo responsable de la visión central y detallada. La mácula es un área muy pequeña en el centro de la retina (la capa delgada de tejido sensible a la luz que recubre la parte posterior del ojo).

El estadio 2 del agujero macular presenta lo siguiente: agujero macular de espesor completo, < de 400 micras y vítreo adherido, metamorfopsias, pérdida de la visión central, cierre espontáneo en el 15% de los casos y cirugía en el 75%.

- A medida que envejecemos, el humor vítreo se encoge y se aleja de la mácula, por lo general sin ningún efecto negativo en su vista. No obstante, en algunos casos el humor vítreo se adhiere a la mácula y no puede desprenderse de ella. Como resultado, el tejido macular se estira y puede causar soluciones de continuidad (agujeros).

- La ptisis bulbi es la degeneración del globo ocular. El globo ocular se desestructura reduciendo su tamaño y dejando de mantener las estructuras intraoculares. Estos ojos se ven más pequeños de lo normal, son de color blanquecino y no son funcionales.

- Una prótesis ocular estética u ojo artificial es un tipo de prótesis craneofacial que sustituye un ojo natural ausente por enucleación, evisceración, o exenteración orbital. La prótesis se adapta sobre un implante orbital y bajo el párpado. El paciente con prótesis ocular es totalmente ciego del ojo afectado y tiene visión monocular con el ojo que le resta.

Las conclusiones del SIP son las siguientes:

- La cicatrización anómala —como lo demuestra el hecho de presentar cicatrices queloidales- es una histopatología peculiar de cada persona que la padece y no de la técnica quirúrgica. Se pone de manifiesto en cada herida quirúrgica o no, en forma de reconstrucción cicatricial deforme, con tejido exacerbado de granulación, como le ocurría al paciente del caso que nos trae cuenta.

- La Orden de 26 de diciembre de 2006 de la Consejería de Sanidad que establece los plazos máximos de respuesta a determinados procedimientos quirúrgicos a cargo del Servicio Canario de la Salud no incluye el procedimiento de «reforma de la cavidad anoftálmica del saco superior con membrana amniótica». Por tanto, el Servicio de Oftalmología no estaría obligado a garantizar -en un plazo máximo de cinco meses- la ejecución del mencionado procedimiento.

Se constata que el paciente de 72 años habría sido operado de cirugía macular, desprendimiento de retina, Eucleación del ojo derecho, implante de prótesis de Medpor, biopsia/coagulación de tumoración de conjuntiva anoftálmica, y reforma de

la cavidad, alternando para ello los centros médicos privados con los del Servicio Público.

- A tenor de los síntomas y signos detectados en el paciente en el momento de su asistencia, valoración, exploración y pruebas complementarias por los Servicios Asistenciales, y en consonancia con todo ello, se decidió un diagnóstico y se pautaron varios tratamientos a seguir dirigidos al cierre del agujero macular y al desprendimiento de retina, para salvaguardar cierta visión (visión de bultos) por el ojo derecho afectado. Entendemos que tal decisión fue la acertada, ajustada a la clínica progresiva que presentaba el paciente y en función de la sintomatología que refería en el momento de su atención. Lamentablemente -pese a las intervenciones- no pudo lograrse el objetivo y el ojo quedó sin visión por lo que se aconsejó la Enucleación del mismo.

- Según el paciente si se hubieran realizado las pruebas de exudado y TAC para determinar el origen de la infección y el sangrado constante, se hubieran evitado dos intervenciones quirúrgicas, así como analíticas, radiografías de tórax, ECG y pre-anestesia.

Con todo, se constata que tanto en el Centro Oftalmológico (...), de Asturias, adonde llega el 24 de mayo de 2016 buscando una segunda opinión, como en la Clínica (...) de Sta. Cruz de Tenerife, no se le detectó -al paciente- bacteria alguna relacionada con el sangrado. Por tanto, en ese extremo, ambos centros privados -a los que acudió voluntariamente el reclamante- fueron coincidentes, entre sí y con el servicio público.

- Por los Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron al paciente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

La *lex artis ad hoc* (correcto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina) es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha *lex artis*. Se considerará desviación de la ciencia o arte médica, cuando lo sean los protocolos que guían y encauzan la práctica de la Medicina.

- Estimamos que para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria, buena parte del daño suscitado y nexo de causa entre éste y la atención médica dispensada, debe existir una infracción que pueda demostrar el arte adecuado de actuación en los profesionales médicos denominado *lex artis*, siendo éste el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos.

De tal modo es esto así, que si no es posible asociar al efecto dañoso, una infracción de la *lex artis*, no cabría estimar la reclamación que se promueve.

Consideramos que en modo alguno debe deducirse responsabilidad en la Administración Sanitaria por toda actuación de los servicios asistenciales que tenga relación causal con el efecto dañoso suscitado. La responsabilidad sólo derivaría de la inadecuada atención y disposición de medios médico-quirúrgicos.

Así pues, si no está presente esa inadecuada atención y disposición de medios, se entiende que el daño ocurrido no resultaría antijurídico y por tanto, aquél, no sería imputable a la Administración Sanitaria.

Por otra parte, la mera relación causal si la hubiere, entre la atención médica prestada y el resultado adverso, no generaría per se responsabilidad en la Administración, siempre y cuando se hubiesen dispuesto para la atención del paciente, de los medios que -de modo razonable-, se precisaran para el diagnóstico.

- Este razonamiento es apropiado, ya que incluso en una buena práctica asistencial, no es posible prever todo efecto nocivo y por ende, la Administración Sanitaria no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el intervalo de cualquiera de sus correctas actuaciones. La Medicina se limita, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento médico-quirúrgico sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud disipada, se refiere. La salud no es un bien que pueda elegirse o que se conceda, «mediante solicitud» a las autoridades sanitarias.

- No queda resuelto que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma; y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta

asistencia y, por tanto, no debe establecerse responsabilidad patrimonial ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal -que entendemos que no existe- entre la atención médica prestada y el resultado adverso; toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende. La opinión de quien no tiene conocimientos médicos no debe prevalecer sobre el saber de los Servicios Asistenciales puesto que aquélla adolecería de rigor científico.

- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados. Así la prestación sanitaria en su constante progreso debe adecuarse paulatinamente al estado del saber actual y aplicar a cada enfermo las renovadas nociones médico-quirúrgicas, no sin los ajustes pertinentes que se acomoden a las peculiaridades de cada persona enferma.

3. Dado preceptivo trámite de audiencia el reclamante presenta las siguientes alegaciones:

«En relación a la intervención ocular realizada en el Hospital (...) de Madrid, derivado por la Dra. (...), oftalmólogo del Hospital Universitario de Canarias, fui citado a revisión el día 25/07/2018 para valorar la evolución de la intervención, siendo satisfactoria. Dada la gravedad por las secuelas de las operaciones anteriores, se me presento una Laxitud Horizontal en Parpado Inferior Derecho, por lo que se decidió someterme a una intervención el 15/11/2018 de Cantopexia Lateral. El 21/11/2018 acudo a urgencias del HUC por presentar un cuadro de infección y secreción en el ojo operado. Fui atendido por una oftalmóloga, constatando dicha infección. Dicha Dra. habló con la Dra. (...) (que me derivó a Madrid) para que me viera y diera una segunda opinión y dicha Dra. se negó a verme, alegando tener muchos pacientes, por lo que me enviaron un antibiótico y volver al 26/11/2018, tratando en vano que la Dra. (...) me viera la alegando falta de tiempo para verme. Cuando acudí el 26 de noviembre a la consulta había mejorado la infección, y de nuevo le pidió a la Dra. (...) me viera, pero nada, alegando falta de tiempo. El 10/12/2018 amanecí con unos ganglios en la mejilla y cuello, además el ojo operado con una inflamación extrema, por lo que acudí a urgencias del HUC de nuevo para que valoraran esta inflamación. Fui atendido por un Dr. el que constató que no presentaba infección, pero que hablaría con la Dra. (...) para que me viera, de nuevo se negó a atenderme alegando falta de tiempo, por el que el médico me sugirió que hablara con ella en modo particular, lo cual hice en dos ocasiones, después de tanto insistir, me dijo me atendería al final de la consulta, ya tarde. Me auscultó y estuvo de acuerdo en el diagnóstico del Dr. que me había atendido y los medicamentos enviados a tomar.

En ese momento me informó que ella y la Dra. (...), habían decidido no atenderme más en su consulta, porque yo me había quejado y no estaba de acuerdo con los métodos empleados hacia mi persona durante los 3 años en que llevo siendo atendido por ella, por lo que se me atendería de ahora en adelante en el Hospital Universitario La Candelaria.

Es inconcebible que yo me tenga que enterar por la Dra. (...) de mi derivación hacia otro hospital, sin tener en cuenta mis criterios y sin pensar en todo el daño moral y psicológico que esto me está trayendo durante tanto tiempo, por sus incompetencias y su falta de conocimiento y tener que trasladarme a (...), para que me resuelvan mi problema ocular».

Por todo esto, se reafirma en la reclamación patrimonial por daños y perjuicios en concepto de los daños que está padeciendo, por las listas de esperas y los ensayos que han ido realizando cada vez que le sometían a una intervención.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por no concurrir los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

### III

1. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictamen 303/2018, de 29 de junio), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que, en definitiva, lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso, por consiguiente, determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

2. En el caso que nos ocupa, el interesado reclama: porque se le debió extraer la prótesis ya en la intervención de 26 de febrero de 2016, tal y como según reseña, se aconsejaba; porque si se hubieran realizado las pruebas de exudado y TAC para determinar el origen de la infección y el sangrado constante, se hubieran evitado dos intervenciones quirúrgicas, así como analíticas, radiografías de tórax, ECG y pre anestesia y por último, porque estaría todavía esperando a que le tocara el turno de la lista de espera para la operación.

2.1. Sin embargo, en cuanto a lo primero, de la documentación obrante en el expediente se desprende que el día 26 de febrero de 2016 se cita al paciente para la cirugía de re-extrusión protésica, pero antes de entrar en quirófano se aprecia una resolución espontánea, sin exposición de la prótesis.

En el antequirófano se le explica al paciente la situación, informándole que se le hará una exploración de la superficie ocular bajo microscopio a fin de asegurar la inexistencia de defecto conjuntival.

Si la prótesis estuviera totalmente cubierta por la conjuntiva no procedería un recambio de la misma, pero en caso de apreciar un defecto en la conjuntiva con exposición de la prótesis, se realizaría el cierre primario y el recambio que se había propuesto. Tanto el paciente como el familiar muestran su conformidad y firman el documento de consentimiento informado.

Dentro de quirófano y bajo el microscopio, se observa la resolución de la extrusión protésica y la existencia de unos vasos sangrantes, por lo que se decidió únicamente tratar estos con coagulación y no proceder a la extracción de la prótesis. Se continuó realizándole pruebas (control de la Tensión Arterial, al objeto de descartar picos tensionales especialmente nocturnos que pudieran provocar fragilidad vascular conjuntival con correspondiente sangrado, valoración de parámetros de coagulación, biopsia del tejido sangrante y TAC), hasta que se decide el cambio de la prótesis, lo que necesitó, para su correcta y definitiva adaptación, nuevas intervenciones quirúrgicas, por tanto, se actuó correctamente por parte de los servicios sanitarios.

2.2. Respecto a la alegación de que si se hubieran realizado las pruebas de exudado y TAC para determinar el origen de la infección y el sangrado constante, se hubieran evitado dos intervenciones quirúrgicas, así como las molestias derivadas de ello, los informes médicos acreditan que se le realizó el diagnóstico de infección de la prótesis ocular derecha mediante cultivo de exudado conjuntival y por medio de prueba de imagen.

Una vez diagnosticado se pautó tratamiento antibiótico dirigido y se le explantó la prótesis infectada.

No hay constancia de que quede pendiente ninguna prueba complementaria para valoración por parte de Oftalmología.

2.3. En relación con la queja en la espera de intervención, el SIP explica que la cicatrización anómala es una histopatología peculiar de cada persona que la padece y no de la técnica quirúrgica. Se pone de manifiesto en cada herida quirúrgica o no, en forma de reconstrucción cicatricial deforme, con tejido exacerbado de granulación, como le ocurría al paciente del caso que se valora.

Se constata que el interesado ha sido operado de cirugía macular, desprendimiento de retina, enucleación del ojo derecho, implante de prótesis de Medpor, biopsia/coagulación de tumoración de conjuntiva anoftálmica y reforma de la cavidad, alternando para ello los servicios médicos públicos y privados. En función de la clínica presentada en el momento de cada asistencia, valoración y pruebas complementarias, se decidió un diagnóstico y se pautó tratamiento en consonancia con lo encontrado. Tanto en el centro privado (...) como en Clínica (...), no se le detectó bacteria alguna relacionada con el sangrado. En este aspecto, ambos centros privados fueron coincidentes con el Servicio público.

De todo lo anterior, debe inferirse que los daños por los que se reclama, por tanto, no son consecuencia de la vulneración de la *lex artis*, ya que se pusieron a su disposición todos los medios necesarios para atender su patología, informándole de las actuaciones que se le fueron realizando, por lo que no se ha vulnerado las buenas prácticas médicas y, por lo tanto, la actuación dispensada debe calificarse de correcta, ya que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas para estos casos clínicos, sin perjuicio de que el resultado final -por causas propias de la patología que sufría el interesado- no haya sido el esperado por el paciente.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* frustra, según la jurisprudencia analizada, el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que no se puede sino concluir que no se aprecia la existencia de nexo causal entre el daño alegado y la asistencia sanitaria recibida, por lo que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del interesado, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.