



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 3 4 / 2 0 2 1

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 9 de noviembre de 2021.

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. 499/2021 IDS)\**.

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

### I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 4 de octubre de 2021, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 5 de octubre de 2021.

2. La cuantía reclamada (180.000 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad 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, el primer precepto, 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).

3. 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, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

\* Ponente: Sr. Suay Rincón.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa del interesado, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. En cuanto a la legitimación pasiva, recae en el Servicio Canario de la Salud, titular del Servicio a cuyo funcionamiento se atribuye el daño.

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por el interesado en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 6 de noviembre de 2019 por correo postal respecto de un daño cuyo alcance ni siquiera ha quedado totalmente determinado en esa fecha, pues consta en su historia clínica en revisiones sucesivas:

*«Finalmente se determina como juicio diagnóstico migraña clásica, sin descartar que algunos episodios sean debidos al glaucoma secundario a la cirugía de mayo de 2018.*

*L.- Desde Oftalmología es derivado al HUGCDN en febrero de 2020 nuevamente por ojo derecho doloroso por el glaucoma para nuevo cicloláser.*

*En consulta de fecha 24.02.20 en el HUGCDN se explica que como tratamiento inicial se va a colocar válvula Ahmed en OD (facilita el drenaje, disminuye la tensión ocular aliviando el dolor). Se somete a cirugía el 27.05.20. Con evolución satisfactoria hasta la última consulta el 26.06.20».*

## II

El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Concretamente, alega en su escrito de reclamación lo siguiente:

«PRIMERO.- Como antecedente a los hechos que motivan la presente reclamación, he hacer constar que con fecha 1 de diciembre de 1989, sufrí un traumatismo en el ojo derecho, siendo intervenido quirúrgicamente, intervención ojo derecho por subluxación del cristalino, practicándose facoexéresis intracapsular y vitrectomía anterior, el 4 de noviembre de 1994, constando en los archivos del Hospital Central de Asturias, habiendo solicitado todo el historial médico sin que hasta la fecha me haya sido remitido. Si bien, acompaño los documentos médicos que obran en mi poder (...).

Trasladando mi residencia a la isla de Lanzarote en el año 2015, y por tener molestias en el ojo derecho, desde noviembre de 2015, se lo he ido manifestando a mi médico de cabecera en el Centro de Salud de Yaiza, diagnosticándome Miopía (paralisis pupilar postraumática desde los 7ª ojo derecho. Estrabismo convergente), desde esa fecha he asistido en distintas ocasiones, tal como consta en la hoja de visitas emitida por este Servicio al que me dirijo, refiriendo migrañas frecuentes, y así en fecha 16 de junio de 2017, solicita cita con oftalmología y se me indica que aporte informes de mi comunidad de origen haciendo constar el médico de cabecera el traumatismo sufrido en el ojo derecho a la edad de siete años.

El día 10 de agosto de 2017 acudo al Centro de Salud de San Bartolomé ante ciertos síntomas que sufro y que se hace constar en la hoja de visitas de dicho día por el médico de cabecera solicitó una interconsulta a Oftalmología y escribió: "Paciente con 35 años con antecedentes de IQ por estrabismo y subluxación del cristalino en OD hace más de 20 años, presenta miodesopsias de larga data en dicho ojo y ahora refiere un haz de luz con forma de media luna desde hace un año, No ha acudido a revisión desde hace dos años. Hacía el seguimiento en Asturias. Ruego valoración".

Con fecha 21 de mayo de 2018, acude a la cita al servicio de Oftalmología, y se solicita su traslado al Hospital Dr. Negrín de Las Palmas para valorar IQ DI. retina.

Acudo a consulta en el Hospital Dr. Negrín el día 22 de mayo de 2018 y por el Servicio de Oftalmología de dicho Hospital se indica " traslado urgente el I.M.O. (Instituto de Microcirugía Ocular) en Barcelona. Traslado que gestiona el Servicio Canario de Salud. Así las cosas, con fecha 29 de mayo de 2018 acudo al centro citado derivado, siendo intervenido el 30 de mayo de 2018 bajo anestesia retro bulbar y sedación, realizando los siguientes actos médicos, y con diagnóstico de desprendimiento de retina: (...)

Con posterioridad, se me interviene de nuevo el 3 de octubre de 2018 con diagnóstico de glaucoma secundario, mediante anestesia en su ojo derecho de ciclo fotocoagulación con láser diodo de 180 grados superiores.

Con fecha 15 de enero de 2019 acudo a I.M.O. para valoración oftalmológica, en el que se hace constar que "presenta una agudeza visual máxima corregida de 0,04 en el ojo

derecho y de 1 en el ojo izquierdo". Habiendo continuado en el Hospital Dr. José Molina Orosa el seguimiento y tratamiento.

*Todo ello se traduce en que la visión de mi ojo derecho está anulada, sufriendo molestias y trastornos permanente, y con un tratamiento hipotensor y revisiones periódicas.*

*Se acompañan los informes de los centros hospitalarios de Lanzarote, de Las Palmas y de I.M.O. (...).*

*SEGUNDO.- El que suscribe considera que las dos intervenciones quirúrgicas que he sufrido en mi ojo derecho, así como las complicaciones de las mismas, se ha debido a no haber diagnosticado en tiempo la patología que estaba sufriendo, en mis distintas citas con el médico de cabecera, el retraso en darme la cita con el servicio de oftalmología del Hospital Dr. Molina Orosa de Lanzarote, que dio lugar a traslado al Hospital Dr. Negrín de Las Palmas donde se me derivó con carácter urgente a I.M.O. en Barcelona en fecha 22 de mayo de 2018, sin que la gestión de derivación fuera eficaz, ya que la primera cita a dicho centro fue el 29 de mayo de 2018, cuando ya se había diagnosticado el desprendimiento de retina, cometiéndose una infracción de la lex artis en la asistencia. Por ello, entiendo que he sido serio y gravemente perjudicado por el mal y poco eficaz del Servicio Canario de Salud».*

Por todo ello solicita una indemnización que cuantifica en 180.000 euros.

### III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obstan a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun 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).

Constan practicadas en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 27 de noviembre de 2019 se identifica el procedimiento y se insta al interesado a que subsane su reclamación, lo que se le notifica el 24 de enero de 2020, aportando la documentación oportuna el 31 de enero de 2020.

- Por Resolución de 11 de febrero de 2020, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación del interesado, de lo que recibe notificación éste el 28 de febrero de 2020.

- El 12 de febrero de 2020 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP). Tal informe se emite el 16 de julio de 2020, tras haber recabado la documentación oportuna (copia de la Historia clínica del reclamante obrante en

Atención Primaria, así como en el Hospital General de Lanzarote y en el Hospital Central de Asturias, además, de los informes emitidos por el Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Dr. Molina Orosa de Lanzarote, el 4 de marzo de 2020, y por el médico de Atención Primaria, el 5 de marzo de 2020, y notas de la Historia clínica del paciente del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín referentes a la asistencia que nos ocupa).

- El 2 de octubre de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas documentales propuestas por el interesado y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción y el informe del SIP. Siendo documentales todas estas pruebas se declara concluso el trámite probatorio y se acuerda la continuación del procedimiento, de lo que recibe notificación el reclamante el 20 de octubre de 2020.

- Con fecha 2 de octubre de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación el reclamante el 20 de octubre de 2020, presentando escrito por correo postal, con fecha 30 de octubre de 2020, en el que solicita copia de determinada documentación del expediente. Una vez informado, el 25 de noviembre de 2020, de los trámites pertinentes para acceder a su expediente, consta su Diligencia de comparecencia de 16 de diciembre de 2020 para que se le entregue copia de determinada documentación, que le es entregada en ese acto. No obstante, no consta la presentación de alegaciones.

- El 23 de julio de 2021 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión del interesado, y, en el mismo sentido, Borrador de Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 7 de septiembre de 2021. El 30 de septiembre de 2021 se emite Propuesta de Resolución definitiva desestimatoria de la pretensión del reclamante, que es remitida a este Consejo Consultivo.

## IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la pretensión del reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Ante todo, es preciso señalar, como hace la Propuesta de Resolución, los antecedentes clínicos de interés en relación con el presente procedimiento que

constan en la historia clínica del interesado expuestos en el informe del SIP de 16 de julio de 2020, que son los siguientes:

*«A.-Paciente varón de 36 años, con antecedentes oftalmológicos en el HCA (Hospital Central de Asturias):*

*- septiembre de 1989, 7 años, sufre traumatismo en Ojo Derecho (OD), evoluciona con catarata.*

*- noviembre de 1994, 12 años, Intervención quirúrgica por subluxación de cristalino, realizando facoexéresis intracapsular y vitrectomía anterior. Encontrándose afáquico (sin cristalino) desde esa fecha. En los pacientes con afaquia, la capacidad de enfoque del ojo está notablemente alterada y, por tanto, la agudeza visual sin corrección es muy baja.*

*Un ojo afáquico, tiene propiedades ópticas diferentes a un ojo normal ya que la falta de cristalino no permite la acomodación (capacidad del ojo conferida por el cristalino al aumentar su diámetro anteroposterior que permite la visión cercana). Las correcciones ópticas externas disponibles son: gafas, lentes de contacto.*

*- septiembre 1996, intervención quirúrgica por visión doble secundaria a catarata traumática y estrabismo convergente en OD.*

*Entre otros antecedentes consta: cefaleas desde la infancia.*

*B.-Evolución de la Agudeza visual (AV) Normal=1. OD:*

*13.04.99: AV sin corrección (sc): 0.16*

*03.12.01: AV sc: visión de dedos a 30 cm*

*27.02.03: AV sc: movimiento manos 30 cm*

*19.5.8: AV sc: cuenta dedos: 0.05 (Normal 1)*

*AV con corrección (cc) de 9 dioptrías: 0.5*

*Por todo ello, en este caso el Ojo Derecho ya era un ojo con una limitación importante de la función visual, superior al 95% de pérdida visual. (...)*

*El reclamante presenta además anisometropía severa, diferencia grande de dioptrías en la graduación de ambos ojos (a partir de tres se considera que el problema afecta gravemente a la visión binocular). Ver que el ojo izquierdo era normal AV=1.*

*Consta que el reclamante NO utiliza lente de contacto como elemento corrector del déficit visual del O.D., le produce diplopía (visión doble).*

*C.-El reclamante traslada su residencia a Lanzarote en noviembre de 2015.*

*El 20.11.15 acude a su centro de salud, y no refiere motivo, simplemente se vuelcan todos los diagnósticos previos. Prescribiendo medicamento Ebastina 10 mg por sus antecedentes de rinitis y alergias.*

*D.- Las sucesivas consultas tratan sobre procesos en oído, urológico (varicocele), estudio esterilidad, asma, repetición de recetas, etc. Ninguna de ellas hace referencia a migrañas frecuentes, que por otra parte sabemos que padece desde la infancia. Tampoco consulta por déficit visual.*

*E.- En relación con los hechos, el 16 de junio de 2017 acude a control de infección de orina diagnosticada el 1 de junio, refiriendo mejoría.*

*En esa consulta relata además que tiene migrañas frecuentes que ceden con ibuprofeno y solicita cita con Oftalmología, hace años que no se controla. A ello se le pide que aporte los informes que obren en su poder.*

*No regresa a consulta hasta el 10 de agosto de 2017 y se cursa interconsulta a Oftalmología con carácter normal. Se detallan los antecedentes oftalmológicos presentando miodesopsias (moscas volantes) y fotopsias (percepción de destellos, chispas o relámpagos de luz en el campo visual) de larga data, desde hace un año.*

*Ello permite asegurar que no se trataba de un proceso agudo sino de una interconsulta programada con carácter ordinario para revisión.*

*Cuando la clínica de miodesopsias (moscas volantes) y/o fotopsias (relámpagos de luz) tienen un comienzo brusco, repentino es altamente sugestiva de Desprendimiento de retina agudo y ello requiere una actuación rápida. En este caso dichas manifestaciones eran de años de evolución.*

*Posteriormente no consta que haya acudido en demanda de asistencia por agravamiento de la sintomatología oftalmológica ni al centro de salud, ni a servicio de urgencias alguno.*

*F.-Es atendido en la consulta de Oftalmología del Hospital de Lanzarote, como revisión normal el 21 de mayo de 2018:*

*En la misma se describe la presencia de fotopsias desde hace tres años.*

*La AV con y sin corrección es de 0.01 en el momento de la exploración. Se hace constar por el facultativo que la AV anterior con corrección -14,00 era de 0.3.*

*Ello significa que el déficit visual que ya tenía 0.05 sin corrección en OD, con ayuda de lente de potencia óptica de 14 dioptrías podría alcanzar entonces un 0.3 de AV. Sin embargo, no consta que el reclamante portara lentes de contacto para alcanzar mejor visión.*

*Se diagnostica desprendimiento de retina y se solicita traslado al hospital de referencia Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN).*

*G.- Se traslada a consulta de HUGCDN al día siguiente 22.05.18, y con el mismo diagnóstico se observa:*

*AV sc: Movimiento de manos 20 cm.*

*“Desprendimiento de retina total con PVR (proliferación vitreoretiniana) en los cuatro cuadrantes, embudo abierto alrededor de la papila con cordones subretinianos. Pliegues fijos a las 6 y a las 12. Desgarro a las 4:30”.*

*Se propone tratamiento quirúrgico en el Instituto de Microcirugía Ocular (IMO) en Barcelona.*

*H.-Es trasladado a cargo del Servicio Canario de la Salud a centro privado. El 29.05.18 en el IMO se observa: AV: Movimiento de manos “Desprendimiento de retina antiguo con membranas subretinianas”.*

*Se somete a cirugía al día siguiente con vitrectomía y cerclaje escleral.*

*En revisiones sucesivas, 07.08.18: la AV corregida en OD es de 0.04.*

*I.- Evoluciona con un glaucoma secundario refractario a tratamiento médico que precisó el 03.10.18 ciclofotocoagulación con láser diodo en el IMO.*

*Última revisión en el IMO el 15.01.19.*

*J.- Inició proceso de incapacidad temporal para el trabajo el 22 de mayo hasta el 7 de noviembre de 2018.*

*K.- Controles sucesivos en el Hospital de Lanzarote por Oftalmología. Cursan interconsulta a Neurología y es visto 19 de marzo de 2019.*

*En la anamnesis consta: “Paciente de 36 años, refiere cefaleas desde la infancia, bifrontal, de moderada intensidad, (...)”.*

*Finalmente se determina como juicio diagnóstico migraña clásica, sin descartar que algunos episodios sean debidos al glaucoma secundario a la cirugía de mayo de 2018.*

*L.- Desde Oftalmología es derivado al HUGCDN en febrero de 2020 nuevamente por ojo derecho doloroso por el glaucoma para nuevo cicloláser.*

*En consulta de fecha 24.02.20 en el HUGCDN se explica que como tratamiento inicial se va a colocar válvula Ahmed en OD (facilita el drenaje, disminuye la tensión ocular aliviando el dolor). Se somete a cirugía el 27.05.20. Con evolución satisfactoria hasta la última consulta el 26.06.20».*

3. Tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), en punto a la exigibilidad de responsabilidad a la Administración, procede tener en cuenta ante todo 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).

4. A la vista de los antecedentes antes expuestos, y dados los términos de la reclamación del interesado, ha de partirse de la premisa de que se trata de un paciente procedente del Hospital Central de Asturias, con patologías oculares de larga duración, pues con 36 años, lleva desde los 7 años siendo tratado por ellas.

Con los antecedentes obrantes en su historia clínica señalados anteriormente, tal y como se señala en el informe del Servicio de Atención Primaria emitido el 5 de marzo de 2020, resulta asimismo que la primera visita que consta por parte del paciente por este motivo data del 20 de noviembre de 2015, fecha en la que se vuelca el diagnóstico de miopía sin aparecer más información en historia clínica.

Posteriormente acudió el 16 de junio de 2017, apareciendo escrito en historia clínica: *«Tuvo un accidente con 7 años y tuvo una luxación del cristalino en OD: nos refiere migrañas frecuentes que ceden con ibuprofeno. No solicita cita con Oftalmología, le indicamos que aporte los informes de su comunidad de origen».*

La siguiente visita es del 10 agosto de 2017 en historia clínica consta: *«Refiere IQx por estrabismo y subluxación del cristalino en OD hace más de 20 años. Presenta miodesopsias de larga data y ahora refiere un haz de luz con forma de media luna desde hace un año. No ha acudido a revisión desde hace 2 años. Tenía el seguimiento en Asturias».* Exploración: *«BEG, NC, NH, eupneico, CyO Presenta estrabismo y parálisis pupilar en OD (ya conocido)».*

En esta consulta, la única novedad es ese haz de luz, por lo que fue remitido al servicio de Oftalmología con carácter normal mediante el siguiente texto: *«Paciente de 35a con antecedentes de IQx por estrabismo y subluxación del cristalino en OD hace más de 20 años. Presenta miodesopsias de larga data en dicho ojo y ahora refiere un haz de luz con forma de media luna desde hace un año. No ha acudido a revisión desde hace 2 años. Hacía el seguimiento en Asturias. Ruego valoración. Un saludo y gracias».*

La siguiente visita al centro de salud por este motivo es del 23 de mayo de 2018: *«Acude refiriendo que tuvo desprendimiento de retina. No aporta informe. Refiere que en el Negrín le dijeron que lo mandaban a Barcelona urgente. Esta a la espera de que lo llamen. Le aconsejo que acuda a Oftalmólogo en Lanzarote por si tienen que arreglar algo, pasajes (...)* ».

Es intervenido de desprendimiento de retina el 30 de mayo de 2018, aportando informe de Barcelona a su Centro de Salud el 27 de junio de 2018 donde se hace constar: *«Desprendimiento de retina ANTIGUO. Intervenido».*

Posteriormente, consta:

*«Dos meses después, el 13/08/2018: “Acude con informe del Oftalmólogo. Refiere tensiones alta (40). En analítica Creatinina 1,19. Control creatinina en dos meses. Se aconseja a acudir a Atención al paciente del H para controles de Tensión Ocular”.*

*El 21/08/2018: “Aporta informe del Oftalmólogo de Barcelona. PIO d 48. Ponen tto y propones controles semanales de PIO en Oftalmólogo y valoración por ellos en 2-3 meses”.*

*Un mes más tarde, el 27/09/2018 acude nuevamente: “Continúa con picos de hipertensión IO. Le operan la semana próxima en Barcelona (3 de octubre de 2018). Solicita recetas”.*

*La siguiente visita se produce el 31/10/2018: “Realizan PA de la mutua Universal. NO procede el paciente se encuentra en tratamiento para controlar el glaucoma del OD con*

*edemox oral y presenta contraindicado trabajar por los efectos adversos, tras desprendimiento de retina, actualmente con AV 0.05”.*

*En la última visita que consta por este motivo durante dicho periodo, el 7/11/2018: “Se emite alta médica por petición del paciente. Le han retirado el edemox oral».*

5. A la vista de lo que acaba de exponerse, queda refutado lo alegado por el interesado al afirmar en su escrito de reclamación:

*« (...) las dos intervenciones quirúrgicas que he sufrido en mi ojo derecho, así como las complicaciones de las mismas, se ha debido a no haber diagnosticado en tiempo la patología que estaba sufriendo, en mis distintas citas con el médico de cabecera, el retraso en darme la cita con el servicio de oftalmología del Hospital Dr. Molina Orosa de Lanzarote, que dio lugar a traslado al Hospital Dr. Negrín de Las Palmas donde se me derivó con carácter urgente a I.M.O. en Barcelona en fecha 22 de mayo de 2018, sin que la gestión de derivación fuera eficaz, ya que la primera cita a dicho centro fue el 29 de mayo de 2018, cuando ya se había diagnosticado el desprendimiento de retina, cometiéndose una infracción de la lex artis en la asistencia».*

Y es que como en sus conclusiones expresa el SIP:

- Con los antecedentes conocidos, los síntomas que manifiesta en la consulta de Atención Primaria el 10 de agosto de 2017 datan de al menos años de evolución (fotopsias), pero el paciente desde 2015 no había acudido a consulta por nada referente a migrañas frecuentes que padece desde la infancia relacionadas con la visión ni tampoco consulta por déficit visual (frente a ello, el reclamante sostiene que desde el 2015 acudía a su médico de cabecera con molestias en su ojo derecho sin que fuera remitido al Servicio de Oftalmología, a pesar de los antecedentes que presentaba; pero de los datos que consta en la historia clínica se observa que en las consultas del periodo comprendido entre el 2015 a julio de 2017 fueron referidas a procesos en oído, urológico (varicocele), estudio esterilidad, asma, repetición de recetas, etc (...).

Sólo en el momento en el que se manifiesta sintomatología ocular, y dado que manifiesta que esta sintomatología es de larga evolución, es por lo que se cursa consulta para Oftalmología; pero no con carácter urgente, por señalarse por el paciente que los síntomas se padecen hace años, sino con carácter normal.

- La presencia de fotopsias es de años de evolución lo que es indicativo de que el desprendimiento de retina ya existía años atrás, lo que corrobora el informe del IMO: «Desprendimiento de retina ANTIGUO». Por ello, el diagnóstico de desprendimiento

de retina el 21 de mayo de 2018 no se describe como un proceso agudo sino como un proceso antiguo de larga evolución (fotopsias hace tres años), como así se detalla en la documentación clínica.

- En todo caso, el tiempo que transcurrió desde la cita, el 21 de mayo de 2018, no consta que el paciente acudiera por agravamiento de su situación; y, de hecho, fue intervenido muy rápidamente: el 30 de mayo de 2018, en Barcelona.

La Propuesta de Resolución señala adecuadamente:

*«El interesado sostiene que la actuación del Servicio Canario de la Salud fue ineficaz por la demora producía en la gestión de su derivación al IMO en Barcelona, pero lo cierto es que el 21 de mayo es remitido, tras el diagnóstico, al Hospital Dr., Negrín donde es visto en consulta el día 22 y remitido al IMO. La primera consulta con el IMO es el día 29 de mayo (es decir 6 días después) y es intervenido el día 30 de mayo. No se objetiva del tiempo transcurrido una actuación ineficaz o de demora por parte del Servicio Canario de la Salud, hay que tener en cuenta que el procedimiento de derivación de pacientes a Hospitales de referencia requiere de la solicitud al citado Hospital que asigna la primera cita disponible y la tramitación posterior de la derivación, que en este caso no era urgencia vital».*

- Con el diagnóstico establecido, se emplean los todos los medios disponibles tanto en su lugar de residencia Hospital Lanzarote, como en hospital terciario HUGCDN, y centro nacional IMO.

- La intervención quirúrgica en el IMO el 30 de mayo de 2018 consiguió reaplicar la retina y originó el glaucoma secundario que precisó tratamiento el 3 de octubre de 2018 mediante ciclotocoagulación con láser diodo y que requirió asimismo tratamiento en el HUGCDN el 24 de febrero de 2020.

Ha de decirse que el aumento de la presión intraocular o glaucoma no es consecuencia, como afirma el interesado, del retraso en la asistencia prestada, pues hemos expresado que los tiempos de asistencia han sido acordes con la sintomatología presentada por el paciente y su propia actitud, sino que es consustancial a la propia intervención quirúrgica como riesgo descrito de la misma.

Por todo lo expuesto, debemos concluir, como lo hace la Propuesta de Resolución, con que *«En el caso que nos ocupa, de los informes incorporados durante la instrucción del expediente, no se objetiva que por parte de los servicios sanitarios se produjera una demora o una actuación contraria a la lex artis, se pusieron a disposición del paciente los medios disponibles desde que refiriera que tenía molestias por fotopsias (a pesar de llevar tiempo con ellas) y necesitar una revisión con el Oftalmólogo, dado que llevaba tiempo sin acudir a revisión. Su proceso no fue catalogado como urgente por el*

*médico de primaria porque no lo era, posteriormente cuando se constata el desprendimiento de retina se acuerda su derivación a un hospital de referencia que se realiza en un plazo de 6 días, no objetivándose demora o actuación ineficaz por parte de los servicios sanitarios».*

6. Por lo demás, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todas, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que, según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. Y también que la carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general prevista en los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Pues bien, sobre esta base, cabe asimismo concluir que, en este caso, el reclamante no ha logrado demostrar el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado ni tampoco ha alcanzado a aportar elementos probatorios suficientes en grado de poder sustentar la indicada apreciación.

7. Por las razones expuestas, así, pues, no concurren los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que procede desestimar la reclamación formulada por el interesado.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.