Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 5 7 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de septiembre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...), en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 318/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar y pronunciarse sobre 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.

2. La cuantía indemnizatoria reclamada por el interesado [200.000 €, aunque calificada de provisional y al menos aproximada por el reclamante] hace preceptivo nuestro dictamen, y determina nuestra competencia para emitirlo y la facultad de la Sra. Consejera 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 adelante, LCCC-, en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas -en adelante, LPACAP-.

3. Para el análisis de la Propuesta de Resolución formulada son de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y Ley 41/2002,

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud [SCS, en adelante], 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.

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 SCS, está delegada en su Secretaría General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por tanto, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación 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 SCS.

5. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante tiene la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

5.2. Y la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente, al mencionado SCS, organismo autónomo de dicha Administración, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Se cumple también el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], que no se objeta por la Propuesta de Resolución.

7. En cuanto a la tramitación del procedimiento, se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP, sin que se manifieste ninguna justificación o explicación de ello. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente [art. 21.1 y 6 LPACAP].

II

1. 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 SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le ha sido dispensada para hacer frente a sus padecimientos oftalmológicos.

A este respecto, el perjudicado fundamenta su reclamación en los siguientes presupuestos fácticos:

«Primero. En el año 2012 (...) (en calidad de paciente) acude a su médico de cabecera por problemas y dificultad en la visión ocasionado por los años. Éste, a su vez, derivaría al paciente a la especialidad de Oftalmología ubicado en "Tomé Cano", recibiendo un diagnóstico de cataratas en ambos ojos, entrando en lista de espera para la colocación de lente en cámara interior. En concreto, descompensación corneal postpseudofáquica en su ojo izquierdo con defecto iridiano amplio nasal superior.

Segundo. En 2013 se cita al mismo para acudir al "Hospital del Tórax" con objeto de realización una queroplastia en el ojo izquierdo, complicándose la intervención que por su naturaleza no suele prolongarse, se refería el médico que el personal encargado administrara más medicación (gotas). Tras la intervención, se le cita al día siguiente para revisión, no siendo tampoco lo habitual, en la misma en la ocultación el paciente refiere que no puede visualizar al doctor ni algún elemento de dicho ojo. Sin mayor explicación, a los dos días se le vuelve a citar esta vez en "Tomé Cano" por haber mejor aparatologia, se detecta en esa consulta de revisión la necesidad de ingresar por una membrana que se ha creado en el ojo que impide la visión.

Tercero. A los dos días posteriores, se inyecta la anestesia en vez de suministrársela por medio de gotas (como la vez anterior), estando en un tiempo aproximado de dos horas de intervención. Aún sin poder visualizar algún elemento, se cita para revisión (dos días más), en la inspección el facultativo cuestiona al paciente si no puede ver, se realizan pruebas de radiología, derivando al paciente al HUNSC (Hospital Universitario de Nuestra Señora de La Candelaria) observando que existe una perforación en el miembro provocando que la lentilla se desplazara hacia la parte trasera de la córnea. Ante tales sucesos, (...) se tiene que quedar ingresado de urgencias, pasando a ser atendido por otro Facultativo, con una nueva intervención y su posterior oscultación no pudo mejorar la nula visión que tenía en ese momento. Durante un periodo aproximado de cuatro meses, tuvo que ir dos veces en semana, en ese estado, para administrarle diversos tratamientos, sin mejoría alguna.

Cuarto. Al cabo de meses, se le plantea al paciente la necesidad de intervenir el otro ojo por la catarata existente, negándose éste debido a la situación de su ojo izquierdo y su

nula visibilidad tras todas las intervenciones, se le explica que hubo un fracaso en la primera intervención al querer cortar la catarata se alzó mucho el láser por estar esta con mucha dureza, en ese momento se lesionó la córnea necesitando un trasplante habiendo listas de espera superiores a un año de duración, entrando en la misma y continuando con las revisiones periódicas como se le citaban. Ante una mala relación de confianza facultativo-paciente, se le remite el historial a otro doctor.

Quinto. Debido a los sucesos, se interviene el ojo derecho en un médico privado, sin ningún tipo de complicación. Así bien, estos facultativos le dan un diagnóstico en el que debe quitarse la lente de la cámara anterior (ojo izquierdo) por estar dañando la córnea hasta el punto de tener la necesidad de retirarla, pidiendo otras opiniones médicas para cerciorarse todos llegan a la misma conclusión. Se opera con el facultativo apellidado (…) adscrito al Servicio Canario de Salud, teniendo que estar ingresado, con revisiones periódicas fue recuperando la visión gradualmente.

Sexto. Al cabo de seis meses tras una molestia se acude al Servicio de Urgencia (por ser fin de semana), no viendo el correspondiente facultativo ninguna anomalía pese al historial del paciente. A los dos días tenía revisión con su oftalmólogo detectando éste una fuerte infección en uno de los puntos, recetando un tratamiento ocular durante semanas no mejorando. Determinándose, finalmente, que era necesario una nueva intervención por el doctor (…) junto con otra compañera, a pesar de las molestias se entendió que era normal.

Séptimo. En un momento determinado, (...) siente un líquido desprendiéndose de su ojo, acude a urgencias por ser domingo y se debe quedar ingresado por sufrir una perforación, con una inspección ocular el día siguiente, nuevamente, se interviene para poner una nueva córnea con alta a los diez días y revisiones periódicas semanalmente (unos seis o siete meses). En el transcurso de un año desde la última intervención, se nota pérdida nuevamente de visión, por lo que acude al oftalmólogo detectando una infección bacteriana recetándose un tratamiento intenso de tres meses de duración aplicándose dos gotas cada hora (día y noche). Pues a pesar de los problemas sufridos la cita anterior a estos sucesos se retrasó por la pandemia acontecida desde el 2020 (COVID-19), no compensando el posible contagio que entendía la doctora con los sucesos presentes que, por no haber retirado la lentilla se han provocado daños en la córnea.

Octavo. Ante la imposibilidad de retirar la infección se le cita para aplicar láser por estar la bacteria encapsulada en la córnea, no pudiendo ser aplicado por encontrarse la máquina estropeada, tuvo que esperar aproximadamente un mes para un tratamiento que era de prioridad. Cuando todo estaba solucionado se tuvieron que dar veinticinco golpes de láser, con una revisión a la semana se percatan que los antibióticos están resultando, pero consideran la conveniencia de intervenir la córnea por estar deteriorada por la dilación en el láser. Se tiene que poner en lista de espera, siendo llamado a los ocho días por error al no ser compatible el nuevo trasplante. Se acude a revisión (agosto de 2020), contemplando que

la infección estaba mejor aun no teniendo visión. En la siguiente, se le da la terrible noticia de no ser intervenido por deducir en base a su juicio que no iba a mejorar y que no se aplicara más tratamiento por no resultar necesario siendo imposible una mejoría.

Noveno. Tras la relación de los hechos, mi mandante ha sido innumerables veces intervenido sin éxito, detectándose un funcionamiento anormal en el desempeño del Servicio Canario de Salud, pues ha habido errores en el diagnóstico del paciente y habiendo sufrido un retraso imperdonable en la aplicación de los tratamientos porque no funcionaban las maquinarias correspondientes, sin perjuicio de los problemas y daños ocasionados con la pérdida total de visión por la falta de negligencia de los doctores que han actuado con el paciente.

Décimo. En fecha 27 de noviembre de 2020, mi cliente ha sido intervenido nuevamente del mismo ojo izquierdo a los efectos de intentar paliar de alguna forma la pérdida total de visión causada por la negligencia detallada, en la actualidad sigue sin habérsele dado de alta ya que continua en tratamiento a día de la presente reclamación patrimonial, pues debe estar aproximadamente más de 6 meses con los puntos interiores del ojo izquierdo».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que legalmente se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública [*« (…) resulta inequívoca la existencia de nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos dependientes de esta Administración y el resultado lesivo o dañoso producido en los derechos e intereses legítimos de esta parte, por cuanto se ha producido un resultado de pérdida de visión total del ojo izquierdo disminuyendo la calidad de vida de mi cliente al ser un sentido esencial y más con su avanzada edad siendo imprescindible para que no aumente su riesgo de caídas, entre otras complicaciones. Debido a que, de haber sido más prudentes, siguiendo todos los facultativos intervinientes la lex artis, no habrían ocasionado el resultado obtenido pues la ceguera que tiene es causa directa en la asistencia sanitaria, pues a pesar de las patologías previas no había padecido los dolores propios de las intervenciones además de los perjuicios ocasionados a su avanzada esas (sic), siendo contraria a la lex artis, por error en el diagnostico que impidió dar un tratamiento adecuado, esperando las oportunas recuperaciones y revisiones en profundidad para poder percatarse de los constantes fallos en su tratamiento, siendo éstos intolerables»*], el reclamante solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios que le han sido irrogados.

Aunque el reclamante no cuantifica, inicialmente, el importe de la indemnización pretendida, sí lo hace en su escrito de alegaciones de 8 de febrero de 2021 en el que cifra, de manera provisional y aproximada, su petición en 200.000 €, y anuncia la presentación de informe pericial, lo que no ha ocurrido.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. La reclamación de responsabilidad patrimonial formulada contra la Administración sanitaria se interpone mediante escrito con registro de entrada en el SCS el día 19 de enero de 2021.

2. Con fecha 20 de enero y 9 de febrero de 2021 el órgano instructor formula requerimiento al interesado a fin de que subsane o mejore la reclamación interpuesta, cumplimentado los días 8 y 23 de febrero de 2021.

3. Con fecha 26 de febrero de 2021 se admite a trámite la reclamación extracontractual formulada por el Sr. (...), acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretándose -por el órgano instructor- realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma a la representante del interesado.

4. Con fecha 31 de mayo de 2024 se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS -en adelante, SIP-, informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente.

Asimismo, incluye el expediente la siguiente documentación médica:

- Copia de la historia clínica obrante en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -CHUC- y en el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria -CHUNSC-, así como historia de salud en Atención Primaria, y documentos complementarios.

- Informe del Servicio de Oftalmología del CHUC, de 22 de marzo de 2021.

- Informe del Servicio de Oftalmología del CHUNSC, de 23 de marzo de 2021.

5. Con fecha 1 de julio de 2024 se formula requerimiento al interesado -notificado el día 10 de ese mismo mes y año- para que concrete los testigos que han de declarar en las actuaciones, aporte pliego de preguntas a efectuar y acredite el poder de representación de su abogada.

Este requerimiento es cumplimentado el 11 de octubre de 2024.

6. Con fecha 15 de octubre de 2024 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante el periodo de instrucción, y se rechazan las declaraciones testificales propuestas por el reclamante, sugiriéndose no obstante la aportación directa de testimonios de personas allegadas a aquél.

Asimismo, y con idéntica fecha, se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia al interesado.

Las citadas resoluciones constan debidamente notificadas al reclamante.

7. Una vez transcurrido el plazo legalmente otorgado al efecto, no consta la formulación de alegaciones por parte del reclamante.

8. Con fecha 12 de marzo de 2025 se formula Propuesta de Resolución de la Secretaría General del SCS, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual *« (...) formulada por (...) al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial»*.

9. Mediante oficio de 17 de marzo de 2025 [con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP, en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

10. Con fecha 24 de abril de 2025 se emite el Dictamen 163/2025, de este Consejo Consultivo de Canarias, que propone retrotraer las actuaciones en los siguientes términos:

« (...) En el parecer de este Consejo, y a la vista de la documentación recibida, se estima que es incompleta la tramitación del procedimiento administrativo y que ello impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo, en los términos a que nos obligan los mandatos de los art. 34 y siguientes de la LRJSP y 81.2 LPACAP.

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que, ni en ésta ni en el informe evacuado por el SIP con fecha 31 de mayo de 2024 se entra a valorar la totalidad de los argumentos esgrimidos por el interesado como fundamento de su reclamación, faltando así -a nuestro parecer- a los deberes de exhaustividad y de motivación a que ha de ajustarse la resolución que ponga fin a este procedimiento administrativo [arts. 88 y 35.1, letra h) LPACAP].

A este respecto se ha de indicar que el reclamante, a través de su escrito de reclamación inicial y los posteriores escritos de subsanación, mejora o complemento de su solicitud resarcitoria, afirma la existencia de una serie de irregularidades en la prestación sanitaria -concretamente la oftalmológica, pues ha sido objeto también de otras- que le ha sido dispensada por parte del SCS, lo cual, en última instancia y a su criterio, ha determinado la pérdida de visión -total- del ojo izquierdo. Este funcionamiento anormal del servicio público sanitario que se alega es objeto de una suerte de delimitación por el perjudicado en los siguientes términos:

«SEGUNDO. MALA PRAXIS CONCRETA POR LA QUE SE RECLAMA.

La mala praxis en el ámbito sanitario se considera al no haberse realizado tratamientos necesarios por errores técnicos del Servicio Canario de Salud como lo fueron las sucesivas intervenciones sin espera del tiempo necesario para su curación y, retrasar en el tiempo una cita de revisión con causa en la pandemia (año 2020), ocasionando a (...) que, por tratar de evitar contagios, se introdujera una bacteria por falta de retirada de la lentilla, necesitando un tratamiento de láser que no llegaría hasta semanas más tarde por encontrarse la máquina averiada, sufriendo un perjuicio que no debe responder el paciente».

La Propuesta de Resolución, con sustento en lo informado detalladamente por el SIP, ofrece una respuesta pormenorizada y prolija a la reclamación patrimonial formulada contra el SCS, afirmando, en términos generales, la adecuación del proceder médico a las exigencias derivadas de la «lex artis ad hoc» [también sobre la base de lo manifestado por el SIP en su también prolijo, detallado y pormenorizado informe].

Pero, sin embargo, el Consejo echa en falta un pronunciamiento directo, explícito y no menos pormenorizado respecto a las concretas cuestiones planteadas por el interesado en su reclamación, como se ha expuesto anteriormente.

Es innegable y bien visible que la Inspección realiza un relato detenido de las muchas intervenciones, asistencias, exámenes y revisiones que se han hecho al paciente reclamante, que son más de un centenar, y que en ese relato se describe, siquiera sucintamente, cada una de ellas, y también es visible que se termina el relato con unas conclusiones, entre ellas estas, que queremos reproducir:

«8.- Desde mayo de 2013 hasta febrero de 2021 ha sido visto y tratado en más de 130 ocasiones. En todas ellas, la actuación de los facultativos ha sido siempre prudente y profesional. Aplicando los conocimientos actualizados en cada momento.

(...)

10.- Tras el estudio de todos los documentos obrantes en el expediente, incluidos los informes de Oftalmología tanto del CHUNSC como el CHUC, no se observan datos de mala praxis en ninguna de las actuaciones realizadas. Por lo que se emite informe desfavorable».

Sin embargo, esta sucesión de descripciones singulares, muchas de las cuales son, a su vez, la mera transcripción de los documentos obrantes en la historia o en los antecedentes clínicos del reclamante, no proporciona por sí sola y por sí misma, a juicio del Consejo, elementos de juicio bastantes para compartir de la Propuesta de Resolución y del SIP en que, por cierto, se sustenta exclusivamente– a diferencia de lo que no es infrecuente hallar en sus informes- en su propia opinión y en unas afirmaciones generales acerca de la indicación, en cada caso, de los tratamientos aplicados al paciente, que no pueden tenerse por juicios o criterios apodícticos, pues necesitan venir acompañados, como suelen serlo, de otros fundamentos que no sean la mera opinión de los inspectores que los suscriban en cada caso. Por ello, y aunque, en aras de la claridad, podamos añadir que tampoco encuentra el Consejo elementos para refutar o rebatir las afirmaciones del SIP, justamente esta carencia de una base o sustento que permita aceptarlas y, finalmente, terminar aceptando y trasladando su criterio a nuestro dictamen obliga a postular su aclaración o complemento.

Sobra decir que ni la sola reclamación ni tampoco su contenido bastan para entender existente la responsabilidad y procedente el resarcimiento, especialmente cuando resultan huérfanas de toda prueba, como aquí sucede. Pero sí han de llevar al instructor y a la resolución a proporcionar argumentos y razonamientos distintos de las propias afirmaciones de los intervinientes o de los inspectores, suficientes y concluyentes para estimar que en las actuaciones se han aplicado las mejores técnicas sanitarias, de diagnóstico y tratamiento, y que entre ellas ha habido una ilación o conexión, no solo material, sino también temporal, que esté asimismo ajustada a la lex artis ad hoc y que el daño alegado, calificado de ceguera por el reclamante -daño que, sea dicho ob iter, no resulta bien determinado ni en su extensión ni en su intensidad- no es efecto de una anomalía de la actuación de la administración.

Así pues, a la vista de las circunstancias descritas anteriormente y de las anomalías que se imputan al funcionamiento, en su conjunto, del servicio público sanitario, por todo lo anterior es por lo que se considera necesaria la emisión de informe complementario por parte del SIP en el que, de forma cronológica y sobre la base de la historia clínica y los informes evacuados -o que pudieran emitirse- por los diversos servicios sanitarios que atendieron al paciente, se analicen, por separado y de manera detallada -con el necesario soporte documental- los diferentes estadios del proceder médico observado en la atención sanitaria dispensada al paciente y su adecuación -o no- al parámetro de la lex artis ad hoc, razonando las conclusiones a las que el informe conduzca. Se trata, pues, de hacer un análisis integrador y de conjunto de la actuación del servicio público sanitario -a partir del relato descriptivo de la asistencia sanitaria prestada que ofrece la historia clínica y de la información de los diferentes departamentos o servicios médicos implicados en la atención al paciente-, tratando de alcanzar una conclusión respecto a la corrección o no del proceder médico, en su conjunto, a la luz de la lex artis ad hoc.

(...)

2. Así pues, la constatación de las deficiencias procedimentales comentadas en el apartado anterior impide considerar que el expediente se ha tramitado correctamente y que el Consejo Consultivo pueda analizar y, en última instancia, dictaminar en derecho sobre el fondo del asunto sometido a su consideración.

Es por todo ello que se entiende oportuno retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe complementario del SIP, en el que se contenga un pronunciamiento y una valoración sobre las todas las cuestiones planteadas por el perjudicado en su reclamación de responsabilidad patrimonial, en los términos expresados en los párrafos anteriores.

Una vez ello cumplimentado, y otorgada vista y audiencia al interesado, se podrá formular una nueva Propuesta de Resolución [en la que se habrá de examinar los diferentes argumentos esgrimidos por el perjudicado como fundamento de su reclamación, y valorar los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones -informes evacuados por los diversos servicios médicos actuantes, informes del SIP, etc.- ex arts. 35.1, letra h) y 88 LPACAP], y remitirla ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión de su dictamen preceptivo».

11. Con fecha 6 de mayo de 2025 el SIP emite informe complementario respecto a la asistencia sanitaria prestada al paciente, informe del que se da traslado al reclamante, a través de la sede electrónica del Gobierno de Canarias, con fecha 12 de mayo de 2025.

El día 23 de mayo de 2025, y transcurrido el plazo conferido, el interesado no accede al contenido de su notificación, motivo por el cual se notifica, nuevamente, mediante correo postal el día 27 de mayo de 2025.

El día 3 de junio de 2025 se recibe notificación devuelta. Transcurrido el plazo conferido, no se recibe nueva documentación.

12. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

13. Con fecha 3 de julio de 2025 se evacua Propuesta de Resolución de la Secretaría General del SCS, por la que se plantea *«desestimar la reclamación*

formulada por (...) al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial».

14. Mediante oficio de 9 de julio de 2025 [con registro de entrada en este Organismo consultivo al día siguiente], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

Examinado el contenido del expediente administrativo tramitado, y previa valoración conjunta de todo el material probatorio que obra en las presentes actuaciones, y estudiadas las nuevas actuaciones, es decir el nuevo informe del servicio de Inspección, se concluye que no resulta acreditado que la prestación sanitaria haya sido inadecuada o contraria a las exigencias derivadas de la *«lex artis ad hoc»*.

Por ello, no procede declarar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, y, en consecuencia, se considera conforme a Derecho la Propuesta de Resolución remitida a este Consejo Consultivo.

En efecto, en el presente caso se constata la ausencia de nexo de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el hecho lesivo producido, por cuanto la alegada pérdida de visión del paciente deriva de una secuencia de complicaciones médicamente reconocidas [rotura capsular, rechazo de injerto corneal, etc.], analizadas ahora con mayor detenimiento, referidas como posibles en las manifestaciones contenidas en los documentos de consentimiento informado prestado por el paciente [y ahora reclamante], y todo ello impide atribuir al resultado sufrido por el reclamante la antijuridicidad que generaría responsabilidad administrativa.

Es decir: la evolución adversa del proceso clínico -lo que determinó, finalmente, la reducción de la visión en el ojo izquierdo- no puede imputarse a una actuación defectuosa de los servicios públicos sanitarios. El seguimiento médico fue continuado, minucioso y está adecuadamente documentado. Así, el paciente fue revisado o atendido – en más de un centenar de ocasiones- durante unos ocho años, sometiéndose en ese tiempo a diferentes tratamientos, intervenciones y reintervenciones adecuadas -según razona el Servicio de Inspección- a la *lex artis ad hoc* de aplicación en cada caso, ajustadas a su evolución clínica. Lo que el

expediente y el informe que el Consejo tiene a la vista permiten concluir es que el paciente recibió una atención médica continuada y diligente.

Por consiguiente, no cabe establecer una relación de causalidad inmediata y exclusiva entre la asistencia sanitaria prestada y la limitación de la visión en el ojo izquierdo, siendo esta una consecuencia de un proceso patológico complejo y multifactorial [complicaciones quirúrgicas, previsibles y debidamente informadas; infecciones bacterianas debidamente tratadas; rechazo de trasplantes corneales].

En relación con las cuestiones planteadas por el interesado en su reclamación, y los reproches que esta formula y que se refieren en el anterior Dictamen, resulta oportuno efectuar las siguientes consideraciones jurídicas.

En primer lugar, y en lo que se refiere a la supuesta realización de intervenciones quirúrgicas sin respetar los tiempos clínicos de recuperación -lo que habría agravado su estado visual- es pertinente indicar que del análisis de la historia clínica se desprende que cada procedimiento fue indicado en respuesta a complicaciones específicas —rechazo del injerto, *melting* corneal, infecciones estromales, fracaso endotelial (...) — todas ellas documentadas como propias de *«ojo de alto riesgo»*, condición que presentaba el paciente y queda descrita La cronología médica muestra que las decisiones quirúrgicas fueron adoptadas conforme a criterios clínicos individualizados, y que entre cada intervención y la evolución del paciente hubo un seguimiento médico, revisiones periódicas y tratamientos ajustados a dicha evolución.

En este sentido, debe destacarse que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue extensa, continuada y técnicamente compleja, abarcando como se ha dicho un periodo superior a ocho años, con más de ciento treinta actuaciones clínicas documentadas, que detallan los informes médicos y los documentos clínicos y refiere pormenorizadamente el primer informe del SIP.

La intervención inicial de catarata en el ojo izquierdo, realizada en septiembre de 2013, presentó una complicación intraoperatoria —rotura de la cápsula posterior— que, lejos de constituir una negligencia, constituye una complicación previsible que se encuentra debidamente recogida en el documento de consentimiento informado prestado por el paciente, y está reconocida en la literatura médica como una complicación relativamente frecuente en pacientes añosos, como era el caso, con una incidencia estimada entre el 0,5 % y el 5 % de las operaciones.

La decisión de implantar una lente intraocular en cámara anterior fue clínicamente correcta y conforme a los protocolos vigentes, tal como se recoge en las guías ESCRS 2023 y en el informe técnico del SIP.

A partir de dicha intervención, el paciente fue sometido a múltiples reintervenciones —queratoplastias, vitrectomías, tratamientos con láser YAG, entre otros— motivadas por complicaciones propias de los ya referidos *«ojos de alto riesgo»*, tales como rechazo de injertos, melting corneal, infecciones estromales y fracaso endotelial. Estas complicaciones, lejos de revelar o de producir una actuación negligente, fueron abordadas con diligencia clínica, mediante tratamientos inmunosupresores, antibióticos reforzados y revisiones periódicas.

No se aprecia, por tanto, precipitación quirúrgica ni vulneración de los protocolos clínicos. La actuación médica se ajustó a la *lex artis*, y no puede calificarse como negligente por el mero hecho de que los resultados no fueran los esperados, máxime en un paciente de edad avanzada y con condiciones o circunstancias personales oftalmológicas complejas.

En segundo lugar, el reclamante atribuye parte del deterioro visual a la demora en la atención oftalmológica durante la pandemia por COVID-19. Esta alegación debe ser contextualizada en el marco de una emergencia sanitaria global que afectó a la programación de las actuaciones sanitarias en todos los niveles asistenciales. En el expediente consta que la revisión fue reprogramada en cuanto fue clínicamente posible, y que durante el periodo de espera se mantuvo tratamiento tópico intensivo -colirios reforzados: vancomicina, ceftazidima, linezolid-; esta pauta está avalada en la literatura médica descrita por el SIP en su informe complementario. Además, no se ha acreditado que dicha demora tuviera un impacto determinante en el pronóstico visual, ni en la situación final del paciente.

La jurisprudencia ha reconocido que la responsabilidad patrimonial exige un funcionamiento del servicio público injustificado o antijurídico -a veces entendido como inadecuado o *anormal*-, lo que no concurre en este caso, dado que la suspensión y limitación temporal de la actividad sanitaria fue consecuencia de una causa de fuerza mayor y se reanudó tan pronto como la situación del sistema sanitario público durante la pandemia lo permitió.

En lo que se refiere a la no retirada oportuna de la lente terapéutica, y como se indica en el informe complementario del SIP, el uso prolongado de lente de contacto terapéutica fue indicado en el contexto de queratopatía bullosa y rechazo corneal,

conforme a las guías clínicas. La infección estromal que se produjo posteriormente —queratitis cristalina— constituye una complicación posible, no atribuible *per se* a una actuación negligente. El manejo clínico fue adecuado, con aplicación de colirios reforzados (vancomicina, ceftazidima, linezolid) y seguimiento estrecho. No se ha acreditado que la permanencia de la lente fuera contraria a los protocolos médicos ni que existiera una omisión en su retirada que pueda calificarse como mala praxis.

En cuarto lugar, y en lo atinente al retraso en la aplicación del tratamiento con láser YAG, se ha de indicar que éste fue consecuencia de una avería técnica del equipo debidamente documentada en el expediente. Durante dicho intervalo, se mantuvo tratamiento antibiótico intensivo, y el procedimiento fue, finalmente, realizado sin incidencias. No consta que la demora agravara el estado clínico del paciente ni que se produjera una pérdida de oportunidad terapéutica relevante.

También en este caso sería exigible que se acreditara la producción de un daño causado por una deficiencia inaceptable o inexcusable, lo que no resulta del expediente, pues no consta un daño -acaso solo el propio retraso- que haya sido consecuencia directa e inmediata del funcionamiento anómalo del servicio público. En este caso, la avería fue puntual, gestionada con diligencia, y no generó un perjuicio y, por tanto uno hubo un perjuicio antijurídico.

En quinto lugar, y respecto a los presuntos errores diagnósticos y exploraciones deficientes alegadas por el reclamante, se hace necesario indicar que las complicaciones sufridas por el paciente —desplazamiento de lente, perforación corneal, rechazo de injertos, infecciones— fueron todas ellas diagnosticadas y tratadas en tiempo clínicamente adecuado. Como ya se ha indicado anteriormente, el paciente fue atendido en muy numerosas ocasiones, con revisiones periódicas, tratamientos ajustados y reintervenciones justificadas. No se ha acreditado la existencia de errores diagnósticos ni de exploraciones deficientes que puedan vincularse causalmente con el daño alegado, tal y como concluye el SIP en sus informes.

Finalmente, y en lo que se refiere a la pérdida total de visión en el ojo izquierdo alegada por el reclamante, resulta oportuno traer a colación lo informado por el SIP al señalar que, durante el periodo de noviembre de 2020 a febrero de 2021, *« (…) la agudeza visual se mantenía limitada pero no nula, con registros en torno a 0.05–0.3 en distintos controles. No se documentó ceguera completa irreversible del ojo afectado. Cabe destacar que el ojo contralateral (ojo derecho) no presentó complicaciones postquirúrgicas, presumiblemente por haberse podido implantar la LIO en el saco capsular sin incidencias. La*

diferencia evolutiva entre ambos ojos refleja la repercusión directa de la complicación intraoperatoria sufrida únicamente en el ojo izquierdo, que alteró su arquitectura y lo convirtió en un ojo de alto riesgo para injertos posteriores, con mayor vulnerabilidad a rechazo, melting e infecciones».

Adicionalmente, el informe complementario evacuado por el SIP indica que, *«de acuerdo con el Real Decreto 1971/1999, se considera ceguera legal una agudeza visual igual o inferior a 0.1 en el mejor ojo o campo visual menor de 10º. En este caso, no se ha documentado ceguera binocular ni pérdida total e irreversible en el ojo afectado. Las mediciones oscilaron entre 0.05 y 0.3, lo que indica limitación funcional pero no ceguera legal ni absoluta».*

En definitiva, atendiendo a los antecedentes clínicos y administrativos obrantes en el expediente, y a la luz del contenido de los informes evacuados por el SIP, resulta procedente en derecho desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), por cuanto no concurren los presupuestos jurídicos exigidos por el art. 32 LRJSP, tal como han sido precisados y desarrollados por la jurisprudencia. En efecto, el daño finalmente alegado —pérdida funcional de visión en el ojo izquierdo— no reviste carácter antijurídico, al derivar de complicaciones médicas previsibles y documentadas en la literatura científica, propias del padecimiento del paciente y de sus *«ojos de alto riesgo»*, tales como rechazo de injertos, melting corneal, queratitis estromal y fracaso endotelial. Todas ellas fueron abordadas mediante actuaciones clínicas diligentes, técnicamente justificadas y conformes a la *lex artis*, como acredita el SIP al afirmar que *«no se observan datos de mala praxis en ninguna de las actuaciones realizadas»*. Asimismo, no se ha acreditado una relación de causalidad directa e inmediata entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el perjuicio alegado, siendo las demoras asistenciales —ya sea por avería técnica del láser YAG o por la restricción de consultas durante la pandemia— circunstancias excepcionales, debidamente justificadas y clínicamente compensadas, que no alteraron el curso patológico ni generaron una pérdida de oportunidad. Por último, la agudeza visual residual del paciente, situada entre 0.05 y 0.3, excluye la existencia de ceguera legal conforme al Real Decreto 1971/1999, y refuerza la conclusión de que el sufrimiento del paciente, que sin duda ha de lamentarse, no alcanza la dimensión alegada. En consecuencia, no habiéndose acreditado ni la antijuridicidad del daño, ni el nexo causal exigido, ni una actuación médica negligente, la desestimación de la reclamación formulada es jurídicamente obligada.

Por lo demás, siquiera sea como añadidura pero con importantes consecuencias legales, se ha de significar que el reclamante no ha aportado -como le incumbía- medios de prueba con virtualidad suficiente para sostener la reclamación que promueve [arts. 77.1 LPACAP en relación con el art. 217 LEC] y rebatir las conclusiones de los informes del expediente, de los que ha tenido conocimiento como es debido.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada frente a la Administración Pública sanitaria se estima ajustada a Derecho en los concretos términos razonados en el Fundamento IV.