Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 26 de enero de 2026.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 536/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución, formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva pues, pues la interesada reclama en concepto de indemnización 140.000,00 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (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 (LPACAP). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; 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 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.

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

En lo que se refiere a la legitimación pasiva, la misma le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), pues se presentó una primera reclamación el día 29 de junio de 2022 y una segunda reclamación definitiva el día 18 de mayo de 2023 sobre los mismos hechos y con idéntico fundamento. Ello se efectuó una vez que los daños físicos y psíquicos por los que se reclama quedaron perfectamente determinados, lo que aconteció los días 15 de diciembre de 2022 y 9 de febrero de 2023, cuando se confirmaron los diagnósticos finales de su patología ocular, tras revisión en el Hospital de Ntra. Sra. de La Candelaria (HUNSC), y su daño psicológico a través de informe de especialista el día 22 de noviembre de 2022.

8. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aun expirado éste 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).

II

1. En la reclamación definitiva formulada por la interesada se exponen los antecedentes de hecho de la siguiente manera:

«Esta parte fue en septiembre del 2021 al map por disminución de agudeza visual (AV), dolor y ojo rojo en el OJO DERECHO de dos semanas de evolución, siendo derivada al servicio

de Oftalmología del HUC, en donde se puede observar las distintas consultas por orden cronológico (DOC. Nº 1)

-Consulta en Oftalmología de 27-9-2021 del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias en la Cuesta (de la Dra. (...)) en donde se indica que es remitida por primera vez por map por disminución AV, dolor y ojo rojo en el ojo derecho de dos semanas de evolución. Se le pauta pred forte, 1 gota cada tres horas y cicloplejico 1 gota cada 8 horas, con revisión en una semana. No se hizo ecografía alguna

-Consulta en Oftalmología de mismo Complejo de 4-10-2021,en donde se indica como "MOTIVO DE CONSULTA": catarata y pterigion en OD, en donde se reseña el tratamiento médico que le puso la Dra. (...) en la anterior consulta de Oftalmología., realizándosele varias pruebas (no se le hizo ecografía alguna).

-Consulta en Oftalmología del mismo Centro médico de fecha 6-10-2021, en donde se solicita prueba de screening etiológico y se indica Pendiente incluir LCX catarata OD". No se le hizo ecografía alguna

-Consulta en Oftalmología del mismo Centro médico de fecha 17-11-2021 en donde se indica PLAN/TTO:- Se incluye LCx catarata complicada 00, (...) "No se le hizo ecografía alguna

- Consulta en Oftalmología del mismo Centro médico de fecha 16-5-2022. Se realiza por primera vez ECOGRAFÍA, con el siguiente resultado "Imagen sugestiva de DR (Desprendimiento de Retina, cita nuestra) en embudo.", señalándose en "Recomendaciones": 11-Doy de baja de LEQX cirugía de catorata 00- Incluyo en LEQX catarata +- posible DR",

- Consulta en Oftalmología del mismo Centro médico de fecha 16-5-2022, horas después, en donde se indica "comentada y valorada la paciente con el Dr. (…) se considera que dado lo avanzado del desprendimiento no sería recomendable intervención quirúrgica. La paciente entiende y acepta la situación. Suspendo tratamiento pautado previamente salvo pred forte cada 8 horas y añado visu evo a demanda.

Rev el viernes, donde será reevaluado por U. de Polo Posterior. De momento se mantiene la LEQX de DR.

• Consulta en Oftalmología del mismo Centro médico de fecha 20-5-2022: Se repite ECO. Se valora con Dra. Pareja, compartimos opinión de no ser subsidiaria de cirugía valorando riesgo—beneficio. Recomiendo:

-Mantener trotomiento humectante

-Incluye LEQ pterigium 0D.

-Entrego informe.

- Consulta en Oftalmología del mismo Centro médico de fecha 1-6-2022: "No acude"

- Consulta en Oftalmología del mismo Centro médico de fecha 24-6-2022, en donde otros extremos se indica:

"Aporta informe de DR. (…) donde recomienda igualmente no intervenir DR por cronificación. Rev. en 6 meses"

- Consulta en Oftalmología del mismo Centro médico de fecha 15-12-2022

Se confirma la existencia de catarata blanco, así como desprendimiento de retina, haciendo alusión a una posibilidad de cirugía para intentar mantener el ojo sin pstisis bulbis, patología previa que ya tenía y que nada tiene que ver con el desprendimiento de retina.

Informe clínico del Servicio de Oftalmología del Complejo Universitario de Canarias que lleva fecha 20-5-2022 y elaborado por el Dr. (...) (DOC. N2 2)

Resumidamente indica que es remitida en septiembre 2021 por disminución de agudeza visual con AV de bultos y 1.0 en OD y OS, respectivamente y que presentaba una catarata en 00 y en octubre del 2021 se le incluye en lista de espera de cataratas, señalándose a continuación " (...) En mayo de 2022 acude a revisión prequirúrgica de cataratas, donde persiste AV de PL con seclusión pupilar y catarata SCP, objetivándose en la ecografía imagen de desprendimiento de retina (...) valorando riesgo-beneficio se descarta cirugía reinovitrea. Mantengo humectonte tópico y cito conmigo en un mes paro revisión (molestias por pterigium).

• DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

-Informe psicológico de 22-11-2022 (se adjunta como DOC. NQ 3) de la psicóloga (...), que señala, en relación al proceso del tratamiento de su patología en el ojo derecho a partir de que fue diagnosticada de cataratas en el 2021; concluye la siguiente patología psicológica:

"Depresión severa, o nivel grave de ansiedad.

Gran dolor emocional, bajo estado de animo, baja autoestima, gran indefensión, pérdida de intereses o capacidad de disfrutar (anhedonia) alto nivel de preocupación y angustia, mucha tensión, trastornos del sueño, falta de concentración, trastornos del apetito, llanto fácil, desesperanza, temblores, palpitaciones y cefalea."

Concluyendo como "J.D.: Trastorno ansioso-depresivo (F412 CIE-10}"

SEGUNDA.- RECLAMACIONES AL CENTRO MÉDICO (COIVIPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS) dirigidas al depto. de Oftalmología que le llevó el proceso del tratamiento de su ojo derecho.

-Escrito de esta parte 29-6-2022, -DOC. NQ 4-(en el que se indica como "Motivo reclamación": "Fallo en el diagnóstico clínico, que deriva en problema incurable".

En este escrito se indica que desde septiembre del 2021 en el que acude a su médico de cabecera por falta de visión y molestia ocular en el ojo derecho, derivándosele al Hospital -

servicio de oftalmología- para tratamiento, se le diagnostica, ese mismo mes de septiembre del 2021, de cataratas sin hacerle una mínima ecografía ocular para descartar posibles diagnósticos y se la deja en lista de espera para la intervención de cataratas y llegado el día 16-5-2022 para la preanestesia y operación, le hacen una ecografía (por primera vez) donde se aprecia desprendimiento de retina, confirmándose posteriormente que no existía posibilidad alguna de operar con éxito debido a que con el transcurso del tiempo de espera y de la falta de atención médica pertinente, la paciente pasó de una situación de cataratas con buen pronóstico de curación a desprendimiento de retina incurable y por lo tanto a pérdida de visión del ojo derecho.

-Escrito del Servicio Canario de Salud (Hospital Universitario de Canarias) de 30-7-2022

-DOC. I\IQ 5- en el que se le indica a esta parte que se adjunta informe emitido por la Jefa del Servicio de Oftalmología en relación a la reclamación de esta parte de fecha 29-6-2022 (que se corresponde con el doc. n.2 que adjuntamos) y termina señalando

"Esperamos seguir contando con sus aportaciones ya que ayudan a mejorar el Servicio"

-Escrito de esta parte contestando al escrito del ses de 30-7-2022 (DOC. N2 6), en donde manifestamos que dicho escrito del ses no contesta a nuestra reclamación y exigimos que SP dicte y comunique una resolución a aquélla.

-Escrito del S.C.S. (Hospital Universitario de Canarias) de 4-7-2022, (DOC. Nº 7)en el que se concluye que se procede a comunicar/o o los responsables del área correspondiente a los efectos de evitar en lo posible las circunstancias por usted reflejadas en su reclamación" "Les reiteramos nuestro pesar por lo sucedido y quedamos a su entera disposición para cualquier otro aclaración."

Vemos que siguieron sin responder a nuestra reclamación de 29-6-2022, en la que señalarnos claramente el objeto de aquélla, así en el apartado "Motivo reclamación: fallo en el diagnóstico clínico, que deriva en problema incurable", explicándolo más adelante que dicho problema era la pérdida completa de visión del ojo derecho por desprendimiento de retina debido a no realizar prueba alguna hábil para detectarlo -así una ecografía- y cuando lo hicieron después con una ECO en base a una patología previa perfectamente curable, así cataratas, evolucionó o se produjo un desprendimiento de retina por la larga lista de espera y falta de prueba -así una ECO-

TERCERA.- NEXO CAUSAL ENTRE EL DESPRENDIMIENTO DE RETII\JA INCURABLE CON PERDIDA DE VISIÓN DEL OJO DERECHO Y LA ACTUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.

Entendernos que claramente se puede deducir y acreditar del contenido de los informes médicos que adjuntamos y reseñados más arriba, que hubo una defectuosa actuación médica en el diagnóstico y tratamiento de la lesión inicial (cataratas), que tenía fácil solución si se opera con prontitud PERO es que además no se hicieron las pruebas pertinentes desde un

primer momento así una ECO para apreciar la real patología y alcance de la misma, siendo así que debido a una larga lista de espera se llegó a un punto irreversible o daño del ojo con desprendimiento de retina incurable que ahora sí se pudo apreciar con la prueba idónea, así una ECO, realizada 6 meses después de acudir por primera vez a oftalmología., como se tiene señalado más arriba en nuestra inicial reclamación de 29-6-2022. Si se hubiesen realizado las pruebas pertinentes y no se hubiera dejado a esta parte con 6 meses de lista de espera, no hubiese tenido esta parte desprendimiento de retina, y además incurable.

CUARTA.- CUANTIFICACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS

Se va a calcular de forma orientativa con el baremo que se aplica para los accidentes de tráfico (ROL 8/2004) pero sin una sujeción total al mismo, como indemnización mínima de la que hay que partir, apartándonos algo al alza por la entidad de la negligencia y daño moral producido.

SECUELAS

(código 02004) Pérdida de visión de un ojo25 p.

(Código 01164) Trastorno depresivo mayor crónico (Grave) 16-25 puntos.25 p.

Total 50 puntos, que según el baremo a una víctima de 50 años corresponde una indemnización de104.998,69,-€

Por Pérdida de calidad de vida16,455,15,-€

Se va a cuantificar PROVISIONALMENTE los daños y perjuicios ya que en relación a las secuelas el daño en el Ojo Derecho está influyendo en el Ojo I., produciendo un daño todavía difícil de evaluar, y que una vez se pueda constatar objetivamente se valorará.

SE VALORA PROVISIONALMENTE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS EN 140.000,-€».

2. A la hora de completar los antecedentes de hecho, es preciso tener en cuenta lo manifestado al respecto en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría general del Servicio Canario de la Salud, emitido el 19 de septiembre de 2025:

«RESUMEN CLÍNICO PRELIMINAR

(...), mujer de 49 años en el momento de los hechos, sin antecedentes médicos ni oftalmológicos relevantes, consultó en septiembre de 2021 por pérdida de visión, ojo rojo y dolor en el ojo derecho (OD), con evolución de dos semanas. En la exploración se evidenció un cuadro de uveítis anterior aguda severa, con catarata subcapsular posterior, sinequias posteriores 360°, Tyndall positivo, edema corneal y vitritis, lo que impedía la valoración del fondo de ojo.

Se instauró tratamiento tópico antiinflamatorio (prednisolona, ciclopléjico, dexametasona) y la paciente fue remitida a la Unidad de Uveítis. Durante los meses

siguientes se mantuvo el seguimiento clínico y se propuso cirugía de catarata una vez controlada la inflamación. En mayo de 2022, durante la preparación prequirúrgica, se realizó una ecografía ocular que evidenció desprendimiento de retina total en embudo, con PVR severa, lo que desaconsejaba la intervención quirúrgica. Desde entonces, la paciente ha permanecido con pérdida visual funcional completa en el ojo derecho, sin opción terapéutica útil.

A nivel psicológico, se documenta trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo relacionado con la pérdida visual, tratado en el ámbito de Atención Primaria y Psiquiatría.

RELACIÓN DE HECHOS

1. 27/09/2021: Primera consulta en Oftalmología. Diagnóstico de uveítis anterior aguda severa con catarata subcapsular y sinequias 360°. Se instaura tratamiento tópico y se planifica seguimiento.

2. 04/10/2021 - 17/11/2021: Revisión en la Unidad de Uveítis. Se constata vitritis, se inicia despistaje etiológico, y se incluye en lista de espera para cirugía de catarata OD, condicionada a resolución inflamatoria.

3. 16/05/2022: En la consulta preoperatoria se objetiva imagen de desprendimiento de retina52 total en embudo con PVR. Se desaconseja cirugía por mal pronóstico visual.

4. 20/05/2022: Valoración por Dr. (...) Se confirma inoperabilidad y se entrega informe a la paciente. Se mantiene tratamiento sintomático.

5. 23/06/2022: Informe del Hospital (...) Se constata DR total crónico, retina replegada y rígida. Se recomienda manejo conservador.

6. 15/07/2022: Derivación a Psiquiatría. Se diagnostica trastorno adaptativo por pérdida visual.

7. 22/11/2022: Informe psicológico externo. Se diagnostica trastorno mixto ansioso-depresivo.

8. 15/12/2022 y 09/02/2023: Revisión en HUNSC. Se mantiene diagnóstico de DR con PVR severa. Se confirma imposibilidad quirúrgica y se opta por tratamiento conservador».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 18 de mayo de 2023, como ya se dijo.

El día 29 de junio de 2023 se dictó la Resolución n.º 2558/2023 de la Dirección del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación presentada por la interesada.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP, ya referido y el informe del Servicio de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Además, obra la contestación a la primera reclamación formulada por la interesada, emitida también por dicho Servicio.

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no proponiéndose la práctica de prueba alguna por parte de la interesada.

Después, se le otorgó el trámite de vista y audiencia, no formulando alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, emitida el día 2 de diciembre de 2025.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.*

En este caso, no se acredita la efectividad del daño- como posteriormente se indicará- tampoco la presunta mala praxis ni el nexo causal entre esta y el daño que alega. Este problema ya ha sido analizado en reiteradas ocasiones por la Asesoría Jurídica Departamental. Así, entre otros, en su Informe ASJ 234/18- de aplicación a este caso- se concluye: " (...) No ha quedado acreditado que el reclamante haya sufrido un daño antijurídico que no tenga el deber jurídico de soportar y del que se pueda derivar responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, no mediando relación de causalidad entre el proceder médico de la Administración sanitaria y los padecimientos aducidos por aquel."».

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS, por ser correcta la actuación sanitaria prestada a la interesada.

2. En el Dictamen de este Consejo Consultivo 8/2026, de 9 de enero, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, que:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño".

En este sentido la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 señala que "la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración".*

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, declara:

"Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria".

Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento», doctrina que resulta ser aplicable al presente supuesto.

3. La interesada reclama porque considera que, en el tratamiento de su patología ocular, inicialmente uveítis, ha habido *mala praxis* médica, concretada en que no se le hicieron las debidas pruebas diagnósticas (ecografía) con la celeridad necesaria para impedir su mala evolución y el resultado final, la pérdida de visión de su ojo derecho.

Pues bien, la interesada no ha presentado prueba que permita considerar desde un punto de vista médico que, la mala evolución de su patología ocular, con el referido resultado final, se deba a un inadecuado tratamiento de esta, ni a la emisión de un diagnóstico tardío, por lo que la totalidad de sus alegaciones relativas a la *mala praxis médica* referida carecen de fundamento médico.

4. Por contra, el Servicio actuante alega en el informe emitido en relación con este asunto lo siguiente:

«La paciente (...) acudió a nuestro Servicio de Oftalmología desde su centro de atención de especialidades por ojo derecho rojo, doloroso y con mala agudeza visual diagnosticándose de uveítis anterior aguda severa.

Ante estos cuadros la pauta a seguir es disminuir la severa inflamación con tratamiento tópico intenso y buscar causas etiológicas posibles, todo lo cual se hizo.

Cuando un paciente presenta un cuadro de este tipo lo más importante antes de decidir cualquier cirugía es "disminuir la inflamación" ya que operar un ojo con una severa inflamación activa deriva en muy malos resultados quirúrgicos. El problema inicial de la paciente no era la catarata sino la severa inflamación que secundariamente fue la que produjo esa catarata.

Desafortunadamente cuando la paciente acude a cirugía el cuadro se había complicado con un desprendimiento de retina total y dado el estado del ojo y sus escasas posibilidades es cuando se decide no operar, decisión que se toma en consenso con varios oftalmólogos del Servicio de Oftalmología explicándoselo a la paciente e indicándole solo controles periódicos para valorar la evolución de su patología».

En este mismo sentido, el Servicio contestó a la primera reclamación efectuada por la interesada, remitiéndole un escrito que obra en el expediente, en el que se manifestó que:

«Cuando en un ojo se presenta un cuadro inflamatorio tan fuerte como el que usted tenía al inicio, la posibilidad de mala evolución con importantes complicaciones es muy probable y lo primero que se intenta es controlar el proceso inflamatorio que es lo que se hizo y posteriormente buscar el origen del problema.

Su patología ha cursado con una evolución tórpida complicándose con un desprendimiento de retina en estadio terminal por lo que se decidió que la cirugía no era una opción al no existir prácticamente posibilidades de mejoría visual. Actualmente simplemente se mantiene tratamiento para evitar molestias en eses ojo.

Volvemos a repetir nuestro pesar por la evolución del problema ocular, pero, desgraciadamente, no siempre la medicina logra curar las enfermedades».

5. Además de todo ello, sobre la reclamación formulada en el informe del SIP se le ha manifestado que:

«OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

La actuación médica realizada desde el inicio del cuadro clínico se ajusta a la lex artis, en el contexto de una patología oftalmológica de elevada complejidad como es la uveítis anterior aguda severa con afectación estructural. Se detallan a continuación los puntos clave que sustentan esta afirmación:

1. Diagnóstico y enfoque terapéutico inicial correctos

En la primera consulta (27/09/2021), la paciente presentaba:

- *Agudeza visual reducida a bultos en OD.*
- *Catarata subcapsular posterior.*
- *Edema corneal difuso.53*
- *Sinequias posteriores 360°.*
- *Cámara anterior con Tyndall positivo.*
- *Fondo de ojo no valorable por opacidad de medios.*

Estos hallazgos son característicos de un brote inflamatorio ocular severo. La instauración de tratamiento antiinflamatorio y midriático fue adecuada, y la remisión a la Unidad de Uveítis, inmediata y pertinente. No existía en ese momento sospecha clínica suficiente ni exploración posible para detectar un desprendimiento de retina. El fondo de ojo no era accesible y, como se recoge en guías clínicas de referencia, la prioridad en estos casos es estabilizar la inflamación antes de plantear pruebas complementarias o procedimientos quirúrgicos [1-2].

2. Sobre la no realización precoz de ecografía ocular

La reclamante alega que no se le realizó ecografía ocular hasta 6 meses después, lo cual, a su juicio, habría impedido el diagnóstico precoz del desprendimiento de retina. Esta afirmación no se sostiene clínicamente.

La ecografía B ocular no se indica de forma rutinaria en todos los casos de uveítis anterior. Se reserva para situaciones en que existan signos indirectos de patología retiniana, imposibilidad de evaluación posterior pese al tratamiento, o necesidad urgente de descartar complicaciones estructurales. En este caso, la falta de visibilidad del fondo de ojo se consideró secundaria a la inflamación activa, sinequias y catarata, sin hallazgos que justificaran la sospecha de DR en esa fase. Por tanto, la no realización inmediata de ecografía fue una decisión médica ajustada al contexto clínico.

Incluso si la ecografía se hubiese realizado en fases iniciales, el resultado no habría modificado la conducta terapéutica, ya que la presencia de inflamación activa contraindica la cirugía intraocular, y el abordaje habría seguido siendo conservador hasta la resolución del brote.

3. Evolución estructural desfavorable dentro de los márgenes esperables

La progresión hacia un desprendimiento de retina total con proliferación vítreo-retiniana (PVR) es una complicación conocida —aunque infrecuente— en cuadros de uveítis crónica o de evolución tórpida. Este desenlace es descrito en la literatura especializada incluso en pacientes correctamente diagnosticados y tratados desde el inicio [2–3].

En mayo de 2022, al realizarse la evaluación prequirúrgica, se constató que el daño estructural del ojo derecho era irreversible y la retina se encontraba en embudo, con fibrosis y tracción. Dicha situación fue valorada por varios facultativos, tanto del CHUC como de centros externos (Hospital (...), HUNSC), coincidiendo todos en la falta de indicación quirúrgica por mal pronóstico visual y elevado riesgo.

4. Valoración del daño emocional y psicológico

Se reconoce en la documentación aportada la existencia de una reacción emocional intensa tras el diagnóstico de inoperabilidad, con síntomas compatibles con trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo (F41.2). No obstante, este impacto psicológico no puede atribuirse a una actuación médica incorrecta, sino que constituye una consecuencia

desafortunada de una evolución clínica grave, pero no evitable. La medicina, en este caso, fue ejercida como obligación de medios, y no cabe exigir resultados garantizados ante enfermedades inflamatorias oculares severos.

CONCLUSIONES

1. La paciente fue atendida de forma precoz y continuada por el Servicio de Oftalmología del CHUC desde el inicio del cuadro clínico, con diagnóstico inicial de uveítis anterior aguda severa en el ojo derecho, acompañado de sinequias 360°, catarata subcapsular y opacidad de medios. La estrategia terapéutica adoptada — tratamiento antiinflamatorio tópico, seguimiento en la Unidad de Uveítis y control evolutivo— fue la adecuada según la lex artis.

2. La no realización de una ecografía ocular en fases iniciales no puede considerarse una omisión asistencial. Dicha prueba no estaba clínicamente indicada en el momento inicial, ya que la inflamación era la causa directa de la opacidad de medios, y no existían signos que obligaran a sospechar un desprendimiento de retina. Además, una ecografía precoz no habría permitido modificar la conducta terapéutica por la contraindicación de cirugía intraocular en fase inflamatoria.

3. La evolución hacia un desprendimiento de retina total con PVR severa constituye una complicación infrecuente pero conocida en cuadros de uveítis complejas. En este caso, se documentó su diagnóstico en mayo de 2022, y fue considerado inoperable por varios especialistas del CHUC y de otros centros sanitarios, públicos y privados.

4. El daño visual consolidado no puede atribuirse a una actuación negligente, demorada o incorrecta, sino a la evolución anatómica desfavorable de una patología inflamatoria grave. Por tanto, no se aprecia infracción de la lex artis ni relación causal directa entre la actuación médica y la pérdida funcional irreversible del ojo derecho.

5. El componente emocional derivado de la pérdida visual ha sido adecuadamente abordado desde Atención Primaria y Psiquiatría. No obstante, dicho malestar psicológico no altera la valoración objetiva del proceso asistencial desde el punto de vista técnico.

En consecuencia, no se aprecian motivos que justifiquen estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada en el presente expediente».

6. Los informes médicos expuestos en el cuerpo del presente Dictamen demuestran suficientemente que por parte del Servicio Oftalmología del CHUC se actuó, durante todo el proceso médico expuesto, conforme a *lex artis*, poniendo a disposición de la interesada todos los medios personales y materiales de los que dispone el SCS, incluidos, los medios diagnósticos, justificándose médicamente porque no procedía realizarle la ecografía que la interesada menciona en sus escritos y porque lo adecuado era tratar primeramente su grave inflamación.

Por otra parte, también los informes médicos reproducidos anteriormente acreditan que el resultado final de tal proceso se debió exclusivamente a la mala evolución de la patología ocular de la interesada y las complicaciones que la misma presentó, todas ellas derivadas exclusivamente de la inflamación que sufrió inicialmente, que no se pudieron evitar pese a la adecuada actuación médica del SCS.

7. En el reciente Dictamen de este Consejo Consultivo 536/2025, de 19 de diciembre, y en otros muchos más, se ha señalado que cuando por parte de los interesados se aducen errores de diagnósticos o diagnósticos tardíos, resulta ser aplicable la doctrina jurisprudencial de la «*prohibición de regreso*», manifestando que:

«*Este Consejo Consultivo, en asuntos similares, ha señalado, como se hace en los DDCC 374/2015 y 85/2016, entre otros, siguiendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que en relación con la `prohibición de regreso´ a la hora de valorar un diagnóstico y una actuación médica inicial, que sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad, o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles (SSTS 15 de febrero y 18 de diciembre de 2006; 19 de octubre 2007); todo lo cual conduce a criterios de limitación de la imputabilidad objetiva para recordar que no puede cuestionarse esta toma de decisiones si el reproche se realiza exclusivamente fundándose en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico (SSTS de 14 de febrero de 2006, 15 de febrero de 2006, y 7 de mayo de 2007)"*», doctrina que también resulta ser plenamente aplicable a este asunto en virtud de lo ya expuesto.

8. Por último, en relación con la carga de la prueba en el ámbito de la responsabilidad patrimonial cabe señalar, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 137/2025, de 3 de abril), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- 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. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012, RJ\2013\2430).

9. En conclusión, se ha de manifestar que no se ha probado por la reclamante la concurrencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio y los daños reclamados por la misma sin que se haya observado en el estudio del presente dictamen infracción alguna de la *lex artis*.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a Derecho la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial, que desestima la reclamación formulada, en virtud de los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen.