

En Logroño, a 15 de abril de 2011, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

32/11

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial formulada por D. M. G. Q. por daños, a su juicio, causados por la pérdida de visión del ojo derecho tras una operación de cataratas.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 4 de agosto de 2010, registrado de entrada el Registro de la Consejería de Salud el siguiente día 10, D. M. G. Q., plantea reclamación de responsabilidad patrimonial, exponiendo, en síntesis, que desde abril de 2001 se le siguen controles de corrección óptica, siendo intervenido de catarata en ojo derecho en el Complejo Hospitalario Hospital *San Millán-San Pedro* el 3 de agosto de 2009, experimentando tras la intervención molestias importantes y ausencia de visión, sin que el personal médico le dé importancia en las sucesivas revisiones, asegurándole que, después de seis meses, volvería a recuperar la visión; un año después, no la ha recuperado presentando, además, ptosis palpebral en el ojo (tiene el párpado prácticamente cerrado).

El 18 de enero de 2010, es intervenido de catarata del ojo izquierdo, en esta ocasión con resultado totalmente satisfactorio en un período de tiempo muy corto.

Acompaña a su escrito graduación óptica realizada el 24 de abril de 2001 y otra del 26 de febrero de 2010 y cuantifica el daño, aplicando los baremos sobre daño corporal, en 78.615,50 euros

Segundo

Por Resolución del Secretario General Técnico de la Consejería, por delegación del Consejero, de 19 de agosto de 2010, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 10 anterior, día en que tuvo entrada la reclamación y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta de fecha 20 de agosto, se comunica al interesado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Mediante comunicación interna de la misma fecha, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Oftalmología al reclamante, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia que se reclama.

Cuarto

Por escrito de 7 de septiembre, la Gerencia de Área Única remite la historia clínica junto con informes aportados por las Dras. A. L. y M. G. y los Dres. R. G. y del P. M.

Quinto

Con fecha 10 de septiembre, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución.

El informe de Inspección, de fecha 15 de octubre, establece las siguientes conclusiones:

“1.- (El interesado) es un paciente diabético, con miopía severa y que es diagnosticado de catarata en su ojo derecho.

2.- Tras ser adecuadamente informado de la naturaleza, el propósito y las complicaciones de la

intervención quirúrgica de cataratas, así como de las opciones terapéuticas y los riesgos de no someterse a tratamiento quirúrgico, (el paciente) dio su consentimiento por escrito para la realización de una facoemulsificación seguida de inserción de lente intraocular.

3.- Durante la intervención quirúrgica se produce la rotura de la cápsula posterior del cristalino. Este es una complicación que no se puede atribuir a una impericia del Cirujano y que complica la colocación de la lente intraocular, así como la evolución posterior.

4.- El paciente acude a revisión de forma frecuente y, meses más tarde, decide operarse de una catarata en el ojo izquierdo, que discurre sin complicaciones.

5.- Como resultado del proceso anteriormente descrito, (el paciente) queda con una disminución de agudeza usual en ambos ojos pero, sobre todo, en el ojo derecho, donde la agudeza visual de lejos corregida es de “menos de 0.05”.

6. En mi opinión, una vez revisada la historia clínica del paciente, la bibliografía médica y los informes aportados por los intervinientes, no se puede afirmar que la pérdida de agudeza visual, así como la ptosis palpebral que presenta el paciente, sean consecuencia de una mala asistencia médica. Desgraciadamente, no se puede garantizar un resultado enteramente satisfactorio de una cirugía, como ha sido éste el caso, y, en mi opinión, las secuelas que presenta el paciente son consecuencia únicamente de una mala evolución post quirúrgica, en un contexto en el que rige un contrato de medios y no de resultados:

En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado al paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario y de acuerdo a la lex artis.”

Sexto

Obra, a continuación, en el expediente, el dictamen médico emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, de fecha 18 de noviembre, estableciendo las siguientes conclusiones:

“1. El paciente padecía catarata en ambos ojos. Además, padecía miopía magna con alteraciones retinianas, ya descritas antes de la cirugía en ambos ojos.

2. El paciente firmó el documento de consentimiento informado para la cirugía de catarata.

3. Durante la cirugía de catarata del ojo derecho, ocurrió una complicación denominada rotura de la cápsula posterior del cristalino, que se solucionó en ese momento mediante vitrectomía anterior e implante de la lente intraocular en sulcus cristalino.

4. La rotura de la cápsula posterior del cristalino es una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía de catarata, oscilando su incidencia entre el 4.8 y el 9,9%. No implica que la técnica fuera inadecuada, pues es una complicación inevitable que surge en las manos más expertas y con una técnica correcta.

5. El manejo de dicha complicación fue adecuado, en este caso concreto.

6. *No ocurrió ninguna otra complicación durante el postoperatorio del ojo derecho, ni durante la cirugía y postoperatorio de la catarata del ojo izquierdo.*

7. *Efectivamente, al final, el paciente permanece con una agudeza visual de 0,05 en el ojo derecho, y 0,3 en el ojo izquierdo (inferior a la normalidad). Sin embargo, el hecho de que no haya recuperado más visión no se debe a la cirugía de catarata ni a la complicación ocurrida, que no implica pérdida de visión, sino a las demás estructuras del ojo del reclamante, que ya consta que padecía miopía magna (lesiones miópicas retinianas) antes de la cirugía. La cirugía de catarata puede devolver la visión que está mermando la catarata, pero no puede mejorar las alteraciones propias de otras estructuras oculares como la retina, nervio óptico, etc..., que ya consta en este caso que estaban afectadas por la miopía magna de forma preoperatoria.*

8. *La evolución espontánea de la catarata es la ceguera, y el único tratamiento útil es la cirugía, de forma que, aun sabiendo que el pronóstico visual era incierto por la afectación retiniana debida a la propia miopía magna, la única opción existente para tratar su catarata era la cirugía, y, de no haberse operado, lo más habitual es que el aumento de densidad de la catarata hubiese terminado por llevar al paciente a un estadio cercano a la ceguera”.*

Séptimo

Mediante escrito de 24 de noviembre, se da al interesado trámite de audiencia y, personado el 10 de diciembre en el Servicio de Asesoramiento y Normativa, se le facilita copia íntegra del expediente.

Es registrado de entrada el 28 de diciembre el escrito de fecha 22 del mismo mes, por el que se formulan alegaciones intentando rebatir todos los informes médicos que obran en el expediente y negar valor al consentimiento informado suscrito por el paciente, reiterando la pretensión deducida en su escrito de reclamación.

Octavo

Con fecha 4 de marzo de 2011, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en la que propone: “*que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula (el reclamante), por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”.*

Noveno

El Secretario General Técnico, el día 8 de marzo, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable el día inmediato siguiente.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 11 de marzo de 2011, registrado de entrada en este Consejo el 21 de marzo de 2011 el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 21 de marzo de 2011, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limitaba la preceptividad de

nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008.

Al ser la cuantía de la reclamación superior a dicha cifra, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

Ateniendonos a ambos parámetros, hemos de rechazar la responsabilidad patrimonial de la Administración en el caso sometido a dictamen, pues, ni se ha infringido la *lex artis*, ni se ha privado al interesado de su derecho de información.

El escrito planteando la reclamación, pese a su apariencia formal de rigurosidad en la exposición de los requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial, no pasa de ser un conjunto de manifestaciones de parte carentes de base probatoria alguna. Hace referencias genéricas a la práctica incorrecta de la intervención, culpa, negligencia, imprudencia, omisión de la obligación de informar, previa y sucesivamente, al paciente, inactividad de los Médicos actuantes o falta de diagnóstico a tiempo.

Tramitado el expediente, en trámite de audiencia, se formulan alegaciones en las que se va argumentando en contra de los informes de cuantos Facultativos intervinieron en la asistencia prestada al reclamante, el de la Inspección y del dictamen médico de la Aseguradora, pero, al igual que en el escrito inicial, no se aporta prueba ni se expone criterio científico alguno. Eso sí, hace especial hincapié en la crítica del documento de consentimiento informado, por ser de carácter genérico, faltando constancia documentada

de que se haya dado al interesado la información concreta a su riesgo personal, por sus antecedentes, de miopía magna.

Sin perjuicio de analizar el proceso asistencial e información prestada al interesado, la falta de actividad probatoria alguna frente a los informes y dictamen antes referidos nos impone, como legos en Medicina y Cirugía, tener que atenernos al contenido de los mismos, pues, como hemos tenido ocasión de mantener en dictámenes anteriores, frente al juicio técnico contenido en aquellos informes, y a pesar de que pudieran cuestionarse por tratarse de informes de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones del interesado que, siendo también de parte, están realizadas por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico.

Por lo que se refiere al documento de consentimiento informado, carecen de fundamento las críticas al mismo.

Ciertamente, se trata de un modelo impreso y general para la cirugía de catarata, pero sigue el modelo estándar de la Sociedad Española de Cirugía Ocular Implanto-Refractiva y, además, contiene información suficiente aplicable al caso concreto, por cuanto prevé, expresamente, que *“la visión puede no recuperarse aunque la operación de catarata sea satisfactoria si existe lesión de otras partes del globo ocular, alteraciones en la retina, patología del nervio óptico, glaucoma, retinopatía diabética, ojo vago, etc.”*. Recordar, a este respecto, que el paciente tenía antecedentes de diabetes mellitus y miopía magna (lesiones miópicas retinarias).

Por otra parte, el documento criticado, tras enumerar una serie de complicaciones posibles, más o menos frecuentes, derivadas de la cirugía de cataratas, hace referencia genérica a *“otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su Oftalmólogo, si usted lo desea”*. Y sobre la firma del interesado y del Facultativo, consta la siguiente expresión: *“soy consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio”*.

Si a lo que precede añadimos que consta acreditado en el expediente que el Dr. del P., en la consulta del 14 de abril de 2009, proporcionó al interesado la hoja de consentimiento informado para su conocimiento, hoja que firmó, junto con la de inclusión en lista de espera quirúrgica, el 18 de mayo, no siendo intervenido hasta el 3 de agosto siguiente, habrá que concluir que son totalmente infundados los argumentos sobre insuficiencia o falta de información que, en todo caso, sería imputable al propio paciente por su falta de interés en pedir aclaración a cuantas dudas pudieran plantearse, en general o por razón de sus padecimientos previos, ya que tuvo tiempo sobrado para ello.

Y, por lo que se refiere al otro parámetro bajo el que enjuiciar los criterios de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria, el de la *lex artis ad hoc*, podemos afirmar que, a la vista de cuanto puede considerarse acreditado en el expediente, no existe en todo el proceso asistencial, diagnóstico, intervención quirúrgica, postoperatorio, ni la menor muestra de una mala praxis por parte de todos los que intervinieron en dicho proceso que, resumidamente, es el siguiente:

-El paciente, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, fue diagnosticado de miopía magna en la consulta oftalmológica del Dr. del P. el 16 de noviembre de 2001.

-Remitido por una Óptica, acude a la misma consulta el 14 de abril de 2009, presentando una agudeza visual en ojo derecho de 0,05 en AO, sin corrección, y de 0,4 en AO, con corrección. Manifiesta que pensará operarse de cataratas y se le dio hoja de consentimiento informado para su estudio.

-El 18 de mayo de 2009, vuelve a la consulta decidido a ser incluido en lista de espera quirúrgica. Firma la hoja de inclusión en dicha lista y la del consentimiento informado.

-El 3 de agosto de 2009, se opera la catarata del ojo derecho, produciéndose, en el transcurso de la intervención, una apertura de la cápsula posterior del cristalino que obliga a la colocación de lente en sulcus, con vitrectomía anterior del vítreo. Es complicación que ocurre con cierta frecuencia, que no afecta al resultado de la cirugía. Practican la intervención el Dr. R. y la Dra. A., ésta como Ayudante 1º. Se informó al paciente y a los familiares de la complicación.

- Acude a la consulta del Dr. R. los días 4, 5 y 17 de agosto; el 24 de agosto, es visitado por la Dra. M.; y, los días 31 de agosto y 1 de octubre, por el Dr. del P..

- El 6 de noviembre de 2009, examinado por el Dr. del P., presentaba una agudeza visual, en ojo derecho, de 0,05, alcanzando 0,2, con corrección; en ojo izquierdo, de menos de 0,1, sin corrección, y de 0,2, con corrección. En esta visita, decide incluirse en lista de espera quirúrgica para la catarata del ojo izquierdo y firma el documento de consentimiento informado.

- La intervención se realiza el 18 de enero de 2010 por la Dra. A., actuando como Ayudante 1º el Dr. R. La recuperación postquirúrgica es buena, recibiendo el alta unas horas tras la finalización de la cirugía.

- Revisado en consulta del Dr. del P. el 26 de febrero de 2010, la agudeza visual del ojo derecho es de 0,05, con y sin corrección, y, del ojo izquierdo, de 0,3, con y sin corrección. Presenta ptosis superior bilateral palpebral.

- El 25 de agosto de 2010, acude a consulta en Haro, comprobando el Dr. R. que la agudeza visual continúa igual y que presenta en ambos ojos dificultad para la apertura.

Dos son los daños causados, según la versión del reclamante, por la culpa, negligencia e imprudencia en que incurrieron los Facultativos en la cirugía de la catarata del ojo derecho, la practicada en primer lugar, pues, tras la segunda, *“la recuperación de la visión es inmediata y el resultado final totalmente satisfactorio”*. El primero y principal, la pérdida de visión del ojo derecho; el segundo, la aparición de una ptosis palpebral bilateral que antes de la intervención no padecía.

Los daños alegados son ciertos. Tema distinto es si, por concurrir un criterio positivo de imputación de responsabilidad, puede el resarcimiento de aquéllos ponerse a cargo de la Administración sanitaria.

Por lo que se refiere a la ptosis palpebral, la exposición del reclamante parece imputarla a la cirugía de la catarata del ojo derecho, puesto que la del ojo izquierdo había sido, según él, un éxito. Es más, de su escrito, puede deducirse, afecta exclusivamente al párpado derecho. Sin embargo, del historial clínico-asistencial antes resumido, referido a las dos intervenciones, resulta que la primera referencia a esta patología aparece en la revisión del Dr. del P. del 26 de febrero del 2010, más de un mes después de la segunda operación, sin que exista mención alguna en las múltiples visitas y revisiones que tuvieron lugar entre una y otra intervención y tras la segunda antes de la citada. Y el Dr. del P. observa ptosis superior bilateral palpebral, diagnóstico que se mantiene en la revisión del 25 de agosto de ese mismo año.

Coinciden todos los Facultativos que intervinieron en distintos momentos del proceso asistencial en la falta de relación entre la cirugía realizada y la dificultad de apertura palpebral, máxime cuando ambas intervenciones se realizaron con anestesia tópica y sin manipulación alguna de los párpados. Por lógica, además, de ser consecuencia, aunque sea indirecta, de la operación de catarata, la ptosis habría afectado, en su caso, al ojo intervenido y no a los dos.

Cuando la ptosis no es congénita, suele obedecer a accidentes o a enfermedades neuromusculares. En adultos, las causas pueden ser la edad avanzada, trauma, enfermedad del músculo o neurológica. Con el pasar de los años, el tendón que une el músculo elevador al párpado se debilita y estira permitiendo así que el párpado baje y obstruya la

pupila. Es común que este proceso se precipite después de cirugía de catarata por afectación del tendón responsable del levantamiento del párpado.

En el caso dictaminado, el carácter bilateral de la ptosis excluye que pueda considerarse consecuencia de la cirugía de cataratas, dado el tiempo transcurrido entre las dos intervenciones y entre éstas y la primera manifestación de aquella patología. A falta de prueba o indicio que permitan establecer vinculación alguna entre las operaciones de catarata y la ptosis palpebral bilateral, habrá que considerar ésta consecuencia de la edad avanzada o de enfermedad neuromuscular ajena a la cirugía.

En consecuencia, respecto de este supuesto daño, cabe afirmar incluso que falta el requisito del nexo causal en sentido estricto, al no ser posible afirmar que la ptosis palpebral fuera consecuencia de la actuación de los Servicios Sanitarios, sin necesidad de entrar a enjuiciar la concurrencia de criterios positivos o negativos de imputación, o sea, si aquella actuación infringió o no la *lex artis*.

Juicio éste último que sí tendremos que hacer para determinar la eventual responsabilidad de la Administración Sanitaria respecto del otro daño, la falta de recuperación o pérdida de visión del ojo derecho, consecuencia evidente de la intervención de catarata.

Si, en general, como hemos repetido reiteradamente, la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es *de medios y no de resultado*, ello se hace más patente, si cabe, en la cirugía de cataratas cuando concurre lesión de otras partes del globo ocular, como es el caso que dictaminamos, en que el interesado padecía desde años atrás una miopía magna, además de antecedentes diabéticos. Ello implica que el resultado no puede, en modo alguno, garantizarse, pese a lo cual, ha de intentarse por ser la intervención quirúrgica el único tratamiento de la catarata y ser ésta una patología cuya evolución espontánea es la ceguera.

Por ello, en el documento de consentimiento informado que firma el paciente, éste reconoce ser consciente de la falta de garantías absolutas de que el resultado de la cirugía sea el más satisfactorio.

En el transcurso de la primera intervención, se produjo la rotura de la cápsula posterior del cristalino. Los informes que obran en el expediente coinciden unánimemente en considerar que tal complicación no es atribuible a mala *praxis*, por ser una complicación frecuente de la cirugía de catarata, de suerte que, entre el 4, 8 y el 9,9% de los casos, no implica que la técnica fuera inadecuada y no influye en el resultado de la intervención, si dicha complicación se maneja de forma adecuada, como se hizo en el presente caso: vitectomía anterior de vítreo y colocación de lente en sulcus, ante la

imposibilidad de colocarla en saco capsular. El pronóstico visual tras aquella intervención no es peor que con la colocación de la lente en saco capsular.

Por consiguiente, podemos afirmar que la rotura capsular, independientemente de no suponer una infracción de la *lex artis*, no determinó la pérdida de agudeza visual; ésta obedeció a causas ajenas a la asistencia prestada por los servicios sanitarios, principalmente a las patologías previas del paciente, diabetes mellitus y, en especial, las alteraciones retinianas típicas del miope magno. La cirugía de catarata puede devolver la visión que está mermando la catarata, pero no puede mejorar las alteraciones propias de otras estructuras oculares como la retina, nervio óptico, ...etc, que ya consta en este caso que estaban afectadas por la miopía magna de forma preoperatoria.

Sobre no existir criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración Sanitaria, al no existir infracción alguna de la *lex artis*, las anteriores consideraciones nos permiten apreciar la concurrencia de un criterio negativo de la imputación objetiva, uno de los que pueden inferirse del sistema de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas y han sido sancionados por la jurisprudencia y la doctrina del Consejo de Estado; nos referimos al de la causalidad adecuada, conforme al cual cabe negar la imputación del daño al concausante del mismo, cuando son otras concausas concurrentes a la producción de aquél las únicas racionalmente relevantes.

En el caso ahora dictaminado, por razón de la grave patología previa del interesado, resultaría aplicable tal criterio negativo de imputación, por ser la misma, lo que hemos denominado en otras ocasiones criterio de la *idiosincrasia* o situación previa del paciente, una concausa relevante (Dictámenes 74 y 88/2009, entre otros).

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos Sanitarios, por ajustarse la actuación de los Facultativos intervinientes, rigurosa y estrictamente, a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero