



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 6 4 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 30 de diciembre de 2014.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por P. T. C. J., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 434/2014 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud (SCS), Organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. El reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 113.905,40 euros. Esta última cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la 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 relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

II

1. El procedimiento se inició mediante la presentación, con fecha 8 de marzo de 2012, del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. P.

* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

T. C. J., fundamentando su pretensión indemnizatoria en los daños sufridos a consecuencia de lo que considera una negligencia médica.

En su reclamación manifiesta, entre otros extremos, lo siguiente:

«PRIMERO.- El día 13 de marzo de 2009 acude al Centro de Urgencias del Doctoral, donde es diagnosticado de una conjuntivitis tras observarse una irritación ocular izquierda de varios días de evolución. Se le prescribe antibiótico ocular durante 7 días y control por el médico de cabecera.

SEGUNDO.- Dos días después acude a la Clínica P. por presentar un fuerte dolor en el ojo izquierdo que no calmaba con la medicación prescrita anteriormente; al examen ocular se evidencia la salida al exterior de un material sintético blanco por el ángulo externo del ojo izquierdo a lo que la médico de Urgencias describe como "pienso que es una urgencia oftalmológica que debe valorarse sobre la marcha". Prescribe antihipertensivos (porque el paciente acudía con una TA elevada) y se deriva a Urgencias del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria donde aprecia una hiperemia conjuntival, abundantes legañas, fotofobia, no pérdida de la visión y perforación de esclerótica con material blanquecino en orificio. Se prescribe antibiótico tópico (cloranfenicol) y se deriva al día siguiente a Oftalmología que decide enviar al domicilio y control por el médico de cabecera tras prescribir antibiótico tópico y analgésicos. No hay evidencia de programación de cirugía en este informe médico.

TERCERO.- La siguiente visita es el 16 de abril del mismo año en la que se le programa una cirugía con el diagnóstico previo de endoftalmitis de ojo izquierdo. En este parte quirúrgico se informa que se explora la esclera tras disecar la conjuntiva sin apreciarse puerta de entrada, cerrando con hilo de sutura y administrando antibióticos y cortisona, pero lo cierto es que no se le informa al paciente del motivo de la cirugía ni de los riesgos ni tampoco del problema que tenía.

CUARTO.- Con fecha 21 de abril se interviene al paciente con diagnóstico de endoftalmitis ojo izquierdo y se realiza una vitrectomía, sin explicarle al paciente el motivo por el que le operaron y los riesgos a los que se sometía.

QUINTO.- El 19 de mayo del mismo año es ingresado para ser intervenido nuevamente tras disminución de la agudeza visual. Se realiza un recubrimiento conjuntival en el ojo izquierdo, tampoco se le informa al paciente el motivo de la cirugía ni de los riesgos ni tampoco qué problema tenía, se le diagnostica una

disminución de la agudeza visual y siendo el postoperatorio inmediato de curso normal se le da el alta hospitalaria.

SEXTO.- Con fecha 2 de junio de 2009 se le vuelve a intervenir para recubrimiento conjuntival e inyección de avastín intracamerular sin que tampoco en esta ocasión se proceda a informar al paciente el motivo de la cirugía ni de los riesgos ni tampoco qué problema tenía.

SÉPTIMO.- A lo largo de 2009 es asistido en otras ocasiones que se relacionan por medio de consultas externas de fechas: 10/06/09; 19/06/09; 26/06/09; 29/07/09; 02/09/09.

OCTAVO.- Que durante el 2010 es atendido en varias ocasiones por su médico de cabecera y en Urgencias de Oftalmología del Centro ambulatorio y especialidades de Vecindario (...)

NOVENO.- Que ya desde la primera operación el dicente apreció una disminución importante de la visión del ojo izquierdo, pero a pesar de que tras cada operación y en consultas se le indicaba que iría recuperando claridad de visión, lo cierto es que se ha ido produciendo el efecto contrario, quedando únicamente la misma limitada a que se podía distinguir las luces y algunos contornos en forma de sombras, llegando durante el verano de 2011 al extremo de una pérdida total de visión y a un fenómeno de achicamiento del glóbulo ocular, lo que hizo que ante la total desinformación por parte de los servicios de oftalmología (...) el dicente decida acudir a un centro privado a fin de que le informen sobre el estado de su ojo; el centro elegido en cuestión fue la Clínica Q. T., allí fue atendido y por primera vez informado de que la visión de ese ojo no se podría recuperar jamás y que de hecho el ojo en sí estaba perdido».

El reclamante considera que lo que inicialmente era una conjuntivitis se convirtió en un cuadro clínico mucho más severo, lo que en definitiva propició la pérdida del ojo izquierdo, propiciado por el mal funcionamiento de la sanidad pública, pues tardó más de un mes en ser tratado mediante intervención quirúrgica. En ese intervalo de tiempo además acudió en varias ocasiones a los Servicios de Urgencias por las molestias padecidas y no se consideró una urgencia vital por los facultativos, lo que provocó la agravación del cuadro que padecía inicialmente y la posterior pérdida de la visión y del ojo izquierdo.

El interesado reclama una indemnización de 113.905,40 euros por los daños padecidos y que considera derivados del funcionamiento anormal de la Administración sanitaria.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, 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 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

3. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 9 de abril de 2014 (art. 6.2 RPAPRP). Se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), emitiéndose en particular los informes de los Servicios de Urgencias y de Oftalmología del Centro hospitalario a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

En el procedimiento tramitado se ha dado cumplimiento también al trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), si bien, tras cinco intentos de notificación personal que resultaron infructuosos, hubo de ser finalmente publicado en el Boletín Oficial de Canarias (art. 58, apartados 2 y 5, LRJAP-PAC). El interesado no presentó alegaciones.

El procedimiento viene concluso con la preceptiva Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada por considerarla prescrita, y que ha sido informada por el Servicio Jurídico, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan en el expediente los siguientes antecedentes en relación con la lesión por la que se reclama:

- El paciente acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud del Doctoral el 13 de marzo de 2009, donde fue diagnosticado de conjuntivitis tras observarse una irritación ocular izquierda de varios días de evolución. Se le prescribe antibiótico ocular durante 7 días y control por el médico de cabecera y oftalmólogo de zona.

- Dos días después (15 de marzo) acude a Urgencias de la Clínica P. por intenso dolor en ojo izquierdo y por cefalea intensa. Entre los antecedentes personales del paciente se hizo constar que había sido operado de ojo izquierdo por desprendimiento de retina y quiste muscular y de ojo derecho, mediante láser, por fisura de retina, ambos en el año 2005 en Uruguay.

El paciente presenta tensión arterial alta, por lo que se le administra mediación antihipertensiva hasta las 22 horas y se logra muy poca caída de tensión, pero el paciente en todo momento aqueja dolor ocular que no se alivia a pesar de la analgesia.

En el examen ocular se observa una salida al exterior de un material sintético blanco por ángulo externo del ojo izquierdo que es muy doloroso con solo poner gotas locales, por lo que el facultativo, según consta en el informe clínico, considera que se trata de una urgencia oftalmológica que debe valorarse sobre la marcha, remitiendo al paciente a Urgencias del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil.

- El día 16 de marzo, a las 00:35 horas, es visto por el oftalmólogo de guardia en el Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario donde fue diagnosticado de perforación esclerótica; se le pauta tratamiento y se remite a consulta de oftalmología ese mismo día a las 9:30 horas.

En esta consulta, el paciente refiere que presenta secreciones y sensación de cuerpo extraño en ojo izquierdo desde hacía tres días y, como antecedentes, operado de desprendimiento de retina con cerclaje de ojo izquierdo.

A la exploración de inicio se aprecia hiperemia conjuntival con abundantes secreciones amarillentas, así como extrusión del cerclaje a través de la conjuntiva bulbar temporal. Se pauta tratamiento con antibióticos.

- El 16 de abril de 2009 ingresa por presentar endoftalmitis de ojo izquierdo, pautándose antibiótico vía intravítrea y parenteral.

- El siguiente día 21 del mismo mes, dada la persistencia de la opacidad de medios y que el cuadro sigue activo, se decide la realización de facoemulsificación (técnica quirúrgica para la operación de cataratas) más vitrectomía con toma de muestras vítreas, dejando como tamponador aceite de silicona.

El paciente previamente había firmado el documento de consentimiento informado, en el constaban, entre otras, las siguientes complicaciones: infección grave, hemorragia intraocular, cataratas, aumento de la presión intraocular, úlcera corneal, visión doble, caída del párpado, dolor postoperatorio que puede durar meses, pérdida total de visión, atrofia o pérdida del ojo.

- El 19 de mayo de 2009, es intervenido de nuevo recortando el explante de silicona que quedaba expuesto y dado que la coroides quedaba al descubierto se realiza un injerto de conjuntiva para tapizar dicha zona.

- El 2 de junio de 2009, nuevamente es intervenido ya que presenta una dehiscencia de sutura con una importante rubeosis de iris de ojo izquierdo. Se coloca espongostan más colgajo de conjuntiva superior que se sutura en la zona de dehiscencia. Asimismo se administra intravítrea de avastin para disminuir la rubeosis de iris.

- A partir de esta fecha acudió en diversas ocasiones a consultas Externas de Oftalmología (10, 19 y 26 de junio; 29 de julio y 2 de septiembre).

- La última consulta realizada fue el 19 de febrero de 2010, en la que se aprecia en ojo izquierdo ptisis bulbis más extrusión de explante. Se plantea la evisceración

de ojo izquierdo (remoción de los contenidos internos del ojo, dejando sólo intactos los músculos y la parte blanca), siendo incluido en lista de espera quirúrgica.

- A partir de esta fecha, el Servicio de Admisión del centro hospitalario intenta en reiteradas ocasiones la comunicación con el paciente, si bien este declina el contacto, por lo que se decide su baja con fecha 4 de junio de 2010.

2. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación, presentada con fecha 19 de febrero de 2014, al considerar prescrito el derecho a reclamar, con fundamento en las conclusiones del Servicio de Inspección.

Sostiene este Servicio que en el caso de este paciente la secuela se encontraba determinada y definitivamente establecida, después de tratar la enfermedad de base, el 19 de febrero de 2010. Es en esta fecha cuando se planteó la evisceración del ojo izquierdo, al quedar constatado que había perdido su funcionalidad. Por consiguiente, la reclamación presentada el 8 de marzo de 2012, transcurridos más de dos años y 17 días desde la determinación del alcance de las secuelas, resulta extemporánea.

3. A los efectos de valorar la prescripción del derecho a reclamar de la interesada resulta preciso partir de lo dispuesto en el art. 142.5 LRJAP-PAC, en virtud del cual en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. De conformidad pues con el precepto legal citado, es a la fecha de la determinación de la irreversibilidad del daño a la que hay que atenerse como término inicial del plazo prescriptivo de un año, como por lo demás reiteradamente ha sostenido la jurisprudencia del Tribunal Supremo, constante en señalar que el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de ser aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto o aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de secuelas (SSTS de 31 de octubre de 2000, 11 de mayo de 2001, 28 de febrero, 21 de mayo y 21 de junio de 2007, 1 de diciembre de 2008, 15 de diciembre de 2010, 15 de febrero, 21 de junio y 29 de noviembre de 2011 y 10 de abril de 2012, entre otras).

A estos efectos, la jurisprudencia ha venido distinguiendo entre daños permanentes y daños continuados. Como señala la STS de 8 de octubre de 2012, con cita de numerosos pronunciamientos anteriores, por daños permanentes debe entenderse aquellos en los que el acto generador de los mismos se agota en un momento concreto aun cuando sea inalterable y permanente en el tiempo el

resultado lesivo. Se trata de daños que pueden ser evaluados económicamente desde el momento de su producción y por eso el día inicial del cómputo es el siguiente a aquel en que el daño se produjo. En cambio, los daños continuados, conforme a la citada jurisprudencia, son aquellos que porque se producen día a día de manera prolongada en el tiempo y sin solución de continuidad es necesario dejar pasar un periodo de tiempo más o menos largo para poder evaluar económicamente las consecuencias del hecho o del acto causante del mismo. Por ello, para este tipo de daños, el plazo para reclamar no empezará a contarse sino desde el día en que cesan los efectos, o, como dice el art. 145.2 LRJAP-PAC, para los daños físicos o psíquicos inferidos a las personas físicas, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (SSTS de 17 de febrero de 1997, 26 de marzo de 1999, 29 de junio y 10 de octubre de 2002, 11 de mayo de 2004, 14 de julio de 2010, 22 de febrero y 12 de septiembre de 2012, entre otras).

El interesado, si bien reconoce en su escrito inicial que el plazo de un año ha de computarse a partir del momento en que puedan determinarse definitivamente las secuelas, aduce sin embargo que esto no se produce hasta el 23 de noviembre de 2011, momento en que se le realiza una pericial privada en la que se constata la pérdida de visión.

Sin embargo, aplicada la doctrina a la que acaba de hacerse referencia al caso que nos ocupa, el alcance de la secuela quedó determinado, como sostiene la Propuesta de Resolución, el 19 de febrero de 2010, pues es el momento en que quedó constatada la pérdida de la capacidad funcional del ojo izquierdo, que llevó al planteamiento de la evisceración. La pericial a la que alude el interesado, llevada a cabo el 23 de noviembre de 2011, se limita a constatar el estado del ojo en ese momento, sin que ello implique que la secuela quedara determinada en esa fecha, como pretende el reclamante, pues su constatación ya había sido llevada a cabo más de un año antes por el Servicio de Oftalmología del centro hospitalario público que había estado atendiendo al paciente.

Por consiguiente, la reclamación, presentada el 8 de marzo de 2012, resulta extemporánea.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.