



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 8 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de enero de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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 C.D.M., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 510/2015 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

2. El reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 130.190,01 euros. Esta última cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero 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), y el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

II

1. C.D.M. formula con fecha 16 de diciembre de 2014 reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia que le fue prestada con ocasión del padecimiento de trastornos de carácter psiquiátrico.

El reclamante alega, entre otros extremos, lo siguiente:

- En el año 2008, a la edad de 15 años y con antecedentes patológicos familiares, comienza a consumir cannabis y con cambios de conducta, agresividad y deja los estudios y deportes de forma radical.

- Su madre demanda asistencia sanitaria a su médico de familia y el 2 de junio de 2008 es derivado al psicólogo por su médico por "trastornos explosivos y dificultad para contener impulsos". Sin embargo, es citado por primera vez a los diez meses de la petición por haberse extraviado la misma. Se produce aquí la primera negligencia en el descuido en el control del paciente por motivos burocráticos, retrasando la detección precoz, tanto de los factores de riesgo como de los propios trastornos mentales.

- El 21 de julio de 2008, sufre fractura del 5º metacarpiano de la mano izquierda en una pelea.

- El 6 de abril de 2009, es citado a consulta por el psicólogo por primera vez. Acude a la cita su madre al negarse el menor a asistir. Diagnostica trastorno negativista desafiante versus trastorno disocial o trastornos de control de impulsos.

- El 19 de diciembre de 2009, ingresa por un primer brote psicótico. Deciden su ingreso para tratamiento quirúrgico de las lesiones. Se niega y escapa del hospital, al que regresa escoltado por la Policía.

Durante su ingreso se realiza interconsulta psiquiátrica, pautándose tratamiento intravenoso con medicamentos antipsicóticos. La impresión diagnóstica es la de "trastorno psicótico inducido por sustancias (cannabis) con impresión de un primer debut. Se propone intervención de este primer episodio: trabajo en familia, psico-educación, orientación y programar cita con psiquiatría".

Es dado de alta hospitalaria el 21 de diciembre de 2009, quedando pendiente de cita con psicólogo.

- El 15 de abril de 2010, a los cuatro meses del primer brote psicótico, se diagnostica el segundo, esta vez acompañado de ideas autolíticas. Ingresar en el hospital por ansiedad e ideas autolíticas, con carácter involuntario y de urgencia. Tras valoración psiquiátrica llegan al diagnóstico principal de "psicosis tóxica" y se instaura medicación con antipsicóticos.

Es dado de alta hospitalaria el 13 de mayo de 2010.

En cuatro meses dos brotes psicóticos e ideación suicida y no se valoró en este momento el alto riesgo de suicidio cuando cumplía al menos con ocho factores de riesgo (psicosis, aislamiento, adicción a sustancias, ideación suicida, historia familiar de trastornos del estado de ánimo o comportamiento, exhibir una o más emociones negativas intensas poco características). Debió comenzarse en este momento la aplicación del protocolo anti-suicida. Se cumplían todos los criterios para su inicio inmediato. El no aplicar este protocolo supuso una pérdida evidente de oportunidad determinando la gravedad de su evolución posterior, pasando de la ideación de suicida a la materialización. Se produce un nuevo retraso en el tratamiento y nueva pérdida de oportunidad para el paciente.

- El 14 de noviembre de 2010, acude a su centro de salud refiriendo haber ingerido alcohol y cannabis y su intención de agredir a un vecino. Se niega a recibir medicación, por lo que se ordena su traslado al hospital, acompañado por las fuerzas del orden público.

Ingresa en la unidad de internamiento breve del hospital con diagnóstico de sospecha de psicosis tóxica tras haber ingerido cannabis y alcohol. Se trata del tercer brote psicótico, siete meses después del segundo.

- El 18 de noviembre de 2010, en escrito dirigido a la Fiscalía de Menores, el psicólogo y la psiquiatra que lo tratan en esa unidad informan que la familia se reconoce incapaz de ponerle límites, con temor a ser agredidos y sin soluciones, solicitando ayuda que pudiera pasar por el ingreso en un centro. Recomiendan el ingreso en otro servicio más acorde a sus necesidades, teniendo en cuenta que puede ser un riesgo, en ese momento, el retorno al medio familiar y vecinal.

Con esta misma fecha se dicta Auto judicial en el que se acuerda el internamiento del paciente en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Fuerteventura a los fines de que pueda recibir el tratamiento médico adecuado.

- El 22 de noviembre de 2010, sólo cuatro días después de ese reconocimiento de riesgo y la necesidad de que permanezca ingresado en un Centro es dado de alta hospitalaria por la unidad de Psiquiatría con los diagnósticos de consumo perjudicial de drogas, diagnóstico aplazado de eje II, a falta de información adicional. Rasgos de personalidad límite disocial. Problemas en el ámbito familiar y social. Se le recomienda acudir a un centro de atención a las toxicomanías y seguimiento por la Unidad de Salud Mental de referencia. Se le prescribe medicación.

Con esta fecha se comunica al juez que el paciente se encuentra en condiciones de irse de alta.

No sólo se le traslada para ingreso a un centro más acorde a sus necesidades sino que se le da el alta hospitalaria asegurando que se encuentra en condiciones para ello,

constituyendo un nuevo descuido en la atención del paciente, que en once meses y con 17 años había presentado tres brotes psicóticos.

- El 23 de noviembre de 2010, ingresa en el Centro de Menores Valle Tabares tras cometer un delito. Se limitan a controlar la administración de la medicación prescrita por la Unidad de Psiquiatría. El juicio diagnóstico es trastorno disocial versus B-L en eje II. En lugar de ser ingresado en un centro psiquiátrico ingresó en un centro de menores, sin fines terapéuticos para su enfermedad.

Tras el alta de este centro el 24 de agosto de 2012, es valorado en consultas externas de la Unidad de Salud Mental del Hospital General de Fuerteventura con la impresión de buen pronóstico y el diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento secundario a consumo perjudicial de cannabis. Se pauta nueva medicación.

El 27 de septiembre de 2012, la Unidad de Salud Mental contacta telefónicamente con la madre del paciente y le informa de la evolución favorable, duerme bien y está más animado.

El 2 de octubre de 2012, el psiquiatra de la Unidad de Salud Mental decide reducir las dosis de antipsicóticos progresivamente hasta suspenderlos.

- El 24 de octubre de 2012, ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital por ingesta de medicamentos, con sospecha familiar de intento de autolisis. Realizan lavado gástrico y administran medicación intravenosa. La analítica es negativa para fármacos y drogas de abuso. Es dado de alta tras ser valorado por el psicólogo y queda pendiente de cita con psiquiatría en el hospital.

- El 1 de noviembre de 2012, es llevado al Servicio de Urgencias del Hospital por su madre por sospecha de ingesta de medicamentos, realizan lavado gástrico extrayendo resto de ellos. Se pauta la misma medicación que la vez anterior. Se propone ingreso en la Unidad de Internamiento Breve pero sus padres asumen la contención del cuadro y se suspende. Se le da el alta con el diagnóstico de depresión post-psicótica.

- El 23 de diciembre de 2012, es trasladado por sus padres al Servicio de Urgencias del centro de salud refiriendo que ha tomado medicación. Es derivado al hospital tras administración de carbón activado. Ingresó con el diagnóstico de trastorno de personalidad, ideación suicida.

- El 24 de diciembre, da positivo para consumo de cannabis y al día siguiente se fuga del hospital. El psiquiatra de guardia recomienda que sea trasladado de nuevo al centro hospitalario para tratamiento.

El 10 de enero de 2013, es dado de alta hospitalaria.

- El 14 de enero de 2013, va al Servicio de Urgencias de su Centro de Salud tras ingesta de medicamentos. Es diagnosticado de intento de autolisis y derivado con carácter urgente al Servicio de Psiquiatría. Queda ingresado y es dado de alta el 8 de febrero de 2013 con el

diagnóstico de episodio depresivo, intento autolítico, trastorno de la personalidad sin especificación y la recomendación de acudir al Servicio de Urgencias más cercano en caso de ideación autolítica persistente.

- El 24 de mayo de 2013, es ingresado nuevamente por intento de autolisis por ingesta medicamentosa. Tras la primera evaluación y tratamiento se fuga del hospital y es devuelto por la policía. Valorado por Psiquiatría ingresa en la Unidad de Internamiento Breve, requiriendo sujeción mecánica. Recibe el alta el 15 de julio de 2013.

- El 12 de junio de 2013, su madre solicita su traslado al hospital de referencia de Gran Canaria.

- El 13 de agosto de 2013, un mes después del alta, ingresa en el Hospital General de Fuerteventura tras haberse arrojado desde una altura de diez metros, requiriendo intervención quirúrgica por las fracturas sufridas. Ingresas en planta de Traumatología con control y tratamiento por Psiquiatría.

Recibe posterior tratamiento rehabilitador hasta estabilización de secuelas el 28 de abril de 2014.

- El 20 de octubre de 2013, ingresa en la Unidad de Media Estancia del Hospital Juan Carlos I, Servicio de Psiquiatría, en Gran Canaria, y el 3 de enero de 2014 en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Dr. Negrín. Es dado de alta el 11 de abril de 2014 con carácter temporal, debiendo reingresar el 21 de abril de 2014, diagnóstico principal F21.

- El 16 de mayo de 2014, se le vuelve a dar de alta temporal reingresando el 26 de mayo de 2014.

- El 7 de julio de 2014, se emite informe firmado por psiquiatra y psicólogo del Servicio de Psiquiatría del Hospital Juan Carlos I en el que se indica que continúa actualmente en tratamiento por "síntomas afectivo-depresivos y sintomatología psicótica con contenidos interpretativos y alteraciones en el contenido del pensamiento". Precisa medicación para regular el sueño y participa en programas de actividades rehabilitadoras dentro y fuera del hospital, terapia individual e intervenciones familiares.

El reclamante considera que su situación actual es debida a un anormal funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, estimando que ha existido una evidente deficiencia asistencial en su conjunto. Sostiene que se ha producido un retraso en su primera valoración médica y, por tanto, en el inicio del tratamiento adecuado, así como una mala supervisión en el caso de un paciente que cumplía los criterios para un seguimiento programado. Tampoco se detectó su agravamiento progresivo y no se aplicó precozmente el tratamiento.

Entiende el reclamante que la precocidad en el tratamiento es decisiva para modificar el curso tanto de la psicosis como del resto de trastornos diagnosticados, mejorando su pronóstico y reduciendo las consecuencias que la enfermedad mal controlada ha provocado en su vida y en la de su entorno, reduciendo el sufrimiento y la acumulación de experiencias negativas y disminuyendo el riesgo de suicidio.

Reclama por los hechos relatados una indemnización que asciende a la cantidad de 130.190,01 euros.

2. En el presente procedimiento el reclamante ostenta la condición de interesado en cuanto titular de un interés legítimo al alegar daños personales y patrimoniales como consecuencia de la actividad sanitaria, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento.

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

3. 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 la 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.

4. 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.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar prescrito el derecho a reclamar del interesado.

Se sostiene, a estos efectos, que la acción se ha ejercitado transcurrido el plazo legal de un año, toda vez que la presunta demora en la asistencia psiquiátrica se centra en el periodo comprendido entre el 2 de junio de 2008 y el 6 de abril de 2009, ejercitándose la acción el 16 de diciembre de 2014. A ello se añade que la patología que padece el reclamante es una patología permanente, sin perjuicio de los posibles tratamientos que precise o periodos de agudización, como prueba el hecho de que ha recibido múltiples asistencias recibidas sin que haya variado el diagnóstico.

2. A los efectos de valorar la prescripción del derecho a reclamar del interesado, 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, 10 de abril de 2012, entre otras).

A estos efectos, la Jurisprudencia ha venido distinguiendo entre daños permanentes y daños continuados. Como señala la reciente Sentencia 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 de la Ley 30/1992, 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).

En el presente caso, el reclamante fundamenta su pretensión en el retraso diagnóstico de su enfermedad, al demorarse en diez meses su valoración por un psicólogo, con el consiguiente retraso en la administración de medicación adecuada.

Consta en el expediente a estos efectos que el 2 de junio de 2008 la madre del reclamante solicita al médico de cabecera del centro de salud consulta al psicólogo para su hijo. Esta petición fue cursada con carácter normal y fue citado para el 6 de abril de 2009, si bien a esta consulta no acude el reclamante sino sus padres.

Con posterioridad, resultan relevantes los siguientes datos obrantes en la historia clínica, tal como han sido puestos de manifiesto por el Servicio de Inspección:

- del 19 al 21 de diciembre de 2009, ingresa en Hospital General de Fuerteventura por razón de lesión tendinosa en muñeca al golpear un cristal, con presencia de tóxicos. Tras el tratamiento oportuno por Traumatología y valoración y tratamiento por Psiquiatría y Psicología, no se considera candidato a ingreso en la Unidad de Internamiento Breve (UIB), y se propone alta con valoración y seguimiento en consultas de Unidad de Salud Mental con Psicología.

- Consta en la historia clínica referencias continuas a seguimiento en régimen privado entre diciembre de 2009 y mayo de 2010 por psiquiatras en Tenerife/Las Palmas.

- Por lo que se refiere al seguimiento de su patología a cargo del Servicio Canario de la Salud, efectivamente se programó, y en registro manuscrito de la Unidad de Psiquiatría se refleja: 03.02.10: "Citado en psiquiatría. No acude". 23.03.10: "No acude. Llama madre y me informa que toma tratamiento antidepresivo en control médico en las Palmas y solicitará nueva cita en nuestra Unidad".

- El 5 de febrero de 2010, en consulta de Neurología se solicita EEG que se practica el 1 de marzo de 2010 sin objetivar alteraciones.

- Encontrándose en tratamiento con facultativos privados, no compareciendo a las citas programadas del servicio público, el día 15 de abril de 2010 ingresa en la U.I.B. del Hospital General de Fuerteventura por ansiedad e ideas autolíticas. Se pauta tratamiento y se observa mejoría, se cursa alta el 13 de mayo, citando al paciente para el 27 de mayo de 2010.

Tampoco acude en esa ocasión por encontrarse en centro de desintoxicación de drogas en Lanzarote.

- Tiene cita con Psiquiatra el 29 de junio de 2010, según refiere el médico de cabecera en la consulta de 7 de junio de 2010.

- La lectura de la historia clínica de Atención Primaria permite acreditar que realizó consultas con Psiquiatría ya que la medicación con Abilify® [Aripiprazol, tratamiento esquizofrenia (...)] se fue modificando 25 mg/día (07.06.10), 30 mg/día (28.06.10), 25 mg/día (05.07.10).

- Posteriormente, acude a citas con psicólogo el 25 de agosto y 1 de septiembre de 2010 y abandona la asistencia en las fechas 03.09.10: "Acude su madre sola. C. no ha querido venir" y 10.09.10: "No le acompañan ni su marido ni C. (...)".

- Reingresa en el Hospital de Fuerteventura desde el 14 al 22 de noviembre de 2010, por intento de agresión a un vecino. En la evolución y entrevistas psiquiátricas se diagnostica trastorno de la personalidad y no se detecta clínica psicótica susceptible de mantener el ingreso en la Unidad de Internamiento hospitalario. Se propone en el informe de alta, seguimiento en la Unidad de Salud Mental y centro de atención a toxicomanías. Ello, sin perjuicio del ingreso en otro tipo de servicios, más acorde a sus necesidades actuales y conforme a su situación judicial.

Informa asimismo el Servicio de Inspección que el trastorno de la personalidad es una patología permanente y crónica a lo largo del tiempo.

Todos estos datos evidencian que el paciente, al menos desde junio de 2010, se encontraba diagnosticado de la patología psiquiátrica, haciéndose constar en la historia clínica en relación con su ingreso hospitalario en el periodo 14-22 de noviembre de 2010 el trastorno de personalidad, así como la administración de tratamiento.

3. En consecuencia, constituyendo una enfermedad de carácter permanente, es el momento de su diagnóstico el que ha de ser tenido en cuenta a los efectos de

valorar el cómputo del plazo de prescripción, sin perjuicio de los posteriores periodos de agudización que pueda sufrir y los tratamientos que precise.

A este respecto, señala también de forma constante la Jurisprudencia que una vez establecido el alcance definitivo de la enfermedad y sus secuelas, los tratamientos posteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida o a evitar ulteriores complicaciones en la salud del paciente o la progresión de la enfermedad no enervan la situación objetiva en que la lesión, enfermedad o secuela consisten (SSTS 28 de febrero de 2007, 15 de febrero de 2011, 12 de septiembre de 2012, entre otras), lo que resulta plenamente aplicable en el presente caso.

En definitiva, diagnosticada la enfermedad, los tratamientos posteriores destinados a su control que ha precisado el reclamante debido a las reagudizaciones no evitan considerar la prescripción de la reclamación, centrada en el retraso diagnóstico producido, y que fue alcanzada al menos desde junio de 2010. Por ello la reclamación, presentada el 16 de diciembre de 2014, resulta extemporánea.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera conforme a Derecho con arreglo a la argumentación que se expone en el Fundamento III, por lo que la reclamación presentada por C.D.M. debe ser desestimada.