



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 / 2 0 1 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de enero de 2019.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero 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. 577/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 26 de diciembre de 2017 a instancia del afectado, como consecuencia de los daños sufridos por la asistencia sanitaria prestada en dependencias del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. El reclamante solicita por los daños sufridos una indemnización que asciende a 13.164,42 euros, cantidad que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4. Por su parte, el reclamante expone, como fundamento de su pretensión resarcitoria, que hubo error en el diagnóstico inicial y consecuente pérdida de

* Ponente: Sra. de León Marrero.

oportunidad en la recuperación óptima de su lesión. Concretamente, entre otras, alega en su escrito:

«(...) 13 de diciembre de 2015, el exponente se lesionó el segundo dedo de la mano izquierda mientras cortaba jamón. Acto seguido, el mismo fue a Urgencias del Centro de Salud de Ofra. Allí lo atendieron, y viéndole la herida, decidieron suturarla sin más, concluyendo que se trataba de una herida limpia y que el exponente tenía integridad músculo-nerviosa, sin hacerle otro tipo de prueba o derivarlo a otro centro especializado que descartase cualquier otra afección por parte del dicente (...).

Lo cierto es que tras esa asistencia, el dolor no remitía, y lo más importante, el exponente presentaba el dedo "caído", con la imposibilidad de extender el mismo, razón por la que decidió acudir a Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias el día 31 de diciembre, donde, sin cerciorarse nuevamente de que el exponente pudiera presentar cualquier otro padecimiento, que bien sencillo les hubiera resultado, se limitaron a ponerle una férula en el indicado dedo, que mantuvieron durante tres semanas.

Con fecha 28 de enero de 2016, el exponente, en la consulta en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, le diagnosticaron *"rotura de tendón extensor en zona y en índice mano izquierda."*

Con fecha de 4 de febrero, el exponente continuaba con los dolores, tenía el dedo tumefacto y presentaba imposibilidad para la extensión completa del mismo. En el plan diagnóstico-terapéutico se hizo constar lo siguiente: "daño en la artic. MTC-F 2º dedo secundario a inmovilización prolongada".

Ante tales circunstancias, se programó una intervención quirúrgica para el día 11 de abril de 2016, donde se le practicó un desbridamiento de cicatriz, tenorrafia tendoloop 3/0 Tsuge", cuyo hallazgo fue la "sección completa de tendón extensor 2º dedo con tejido cicatricial circundante", dándole de alta el mismo día.

En la primera consulta postoperatoria se le prescribió tratamiento rehabilitador específico para la lesión del extensor en la zona V, y desensibilización a nivel de la cicatriz, y se le programó la realización de cinesiterapia 3 veces en semana, con revisión tras 12 sesiones.

(...) A día de hoy, el dicente continúa en tratamiento particular, a los fines de paliar las indicadas secuelas. De haberle efectuado las pruebas pertinentes en la asistencia que se le prestó en el Centro de Salud de Otra, cuando fue el exponente tras el accidente, las secuelas, así como su largo proceso de rehabilitación, hubieran sido bien distintos. Las misma consideración hay que realizar con respecto a la asistencia que se le prestó en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, donde se limitaron a ponerle una férula durante tres semanas, sin preocuparse por realizarle la más mínima prueba

diagnóstica, y mucho menos sin constatar que la lesión del exponente requería ese tratamiento concreto, por ese periodo de tiempo.

De haberse tomado con más delicadeza y empeño la lesión del exponente, hubieran detectado que padecía una rotura completa del extensor propio del índice, y no solo ello, sino que no se hubiera producido el daño en la articulación MTC-F de dicho dedo, secundaria a inmovilización del mismo, como puede apreciarse en los informes médicos.

Las conductas negligentes expresadas, que sucedieron en dos ocasiones, supusieron una clara afección al proceso curativo del exponente, que no sólo se tornó más complejo y extenso en el tiempo, sino que además, afectó a la recuperación de su lesión. Señalar que el exponente, a pesar de haber finalizado el tratamiento rehabilitador, nunca ha recuperado la movilidad total del dedo, lo que sí podía haber acaecido en caso de habersele diagnosticado a tiempo su afección, pues se hubieran acortado todos los tiempos (...).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del 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.

A la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. En atención a la tramitación procedimental, se observa:

- Con fecha de 3 de enero de 2018, se requiere al reclamante a fin de que mejore la reclamación formulada, presentándose, en Registro de Entrada el 19 de enero de 2018, la documentación requerida.

- Con fecha de 5 de febrero de 2018, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

- Con fecha de 23 de julio de 2018, se emite, por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), informe médico, realizado con base en los datos clínicos del

paciente así como los informes de los facultativos que asistieron al perjudicado, documental que se adjunta al expediente.

- Con fecha de 28 de agosto de 2018, se acuerda el periodo probatorio, admitiendo las pruebas propuestas por el reclamante.

- Con fecha de 25 de octubre de 2018, se concede el preceptivo trámite de vista y audiencia del expediente al interesado. Por lo que en fecha 13 de noviembre de 2018, presenta escrito de alegaciones oportuno.

- Con fecha 26 de noviembre de 2018, se emite la Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio al considerar la Instrucción del procedimiento que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del SCS.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, 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).

3. Particularmente, del informe del SIP se extraen los siguientes hechos:

«(...) 13 de diciembre de 2015 alrededor de las 23:00 horas acude al servicio de urgencias de Ofra. Presentaba herida de 1 cm en solapa por corte con cuchillo, en articulación metacarpofalángica del segundo dedo en dorso mano izquierda.

El reclamante fue atendido por la enfermera (...) y valorado por el médico. Una vez explorada la integridad músculo nerviosa, con balance articular y muscular completo se indicó sutura de la lesión que precisó dos puntos. Esto es se constató que la movilidad, flexión y extensión eran correctas sin presentar déficit.

Se dan recomendaciones del cuidado de heridas y que acuda a su enfermera para seguimiento y retirada de puntos en 7-10 días.

No consta que acuda manifestando sintomatología alguna, ni dolor, ni dedo "caído". El siguiente contacto con Atención Primaria no se produce hasta el 12 de abril de 2016.

(...) 17 días después del incidente, el 31 de diciembre de 2015 a las 17:59 h. acude al servicio de urgencias del HUC manifestando retirada de sutura hace dos días (?) presentando dolor y limitación a la extensión. Es diagnosticado de rotura parcial del ligamento extensor del dedo y se propone citar en consultas.

El aparato extensor se encuentra situado bajo la fina piel dorsal de la mano. Esta ubicación superficial lo hace muy vulnerable a traumatismos y favorece que sus lesiones sean muy frecuentes, produciéndose la mayoría de ellas a nivel de las articulaciones (72%). La

articulación MCF es la más afectada (42%) seguida por la muñeca, (16%) y las articulaciones IFS (14%). En cuanto a los dedos, el más frecuentemente implicado es el índice, seguido del pulgar.

En las referencias del Servicio de Rehabilitación consta que le fue colocada una férula en hiperextensión del dedo, ello a fin de inmovilizar y facilitar la cicatrización de la rotura parcial del tendón.

Es correcto inmovilizar con una férula rígida el dedo en hiperextensión, es decir estirado al máximo, y mantener la inmovilización de una forma constante sin doblar para nada el dedo a fin de permitir una cicatrización del tendón extensor por fibrosis y adhesión a la zona adyacente en situaciones de rotura parcial. En caso de que no se consiga es cuando se indica la cirugía.

El tratamiento conservador de la lesión tendinosa entre el carpo y la articulación MTCF: zonas V y VI se trata con férulas estáticas que inmovilizan la MTCF en posición neutra durante 4 a 6 semanas.

Tres semanas después, el 22 de enero de 2016 en consulta de Traumatología del HUC, es valorado por la (...) especialista en Traumatología. Tras exploración y con el diagnóstico de sección del extensor propio del 2º dedo en la zona V (sobre articulación metacarpofalángica MTCF) tratado conservadoramente, pauta tratamiento rehabilitador para ganar rango completo de flexoextensión.

El 28 de enero de 2016, esta vez es visto en el Servicio de Traumatología de su Hospital de referencia, el HUNSC. Con el diagnóstico de: rotura del tendón extensor en zona V de índice mano izquierda se solicita radiografía y recomiendan mover la mano para compensar rigidez. Único síntoma manifestado la *rigidez*.

04.02.16: consulta sucesiva de Traumatología en el HUNSC. En esta consulta es cuando refiere: "(...) *mucho dolor, dedo tumefacto e imposibilidad para la extensión completa (...)*".

Como diagnóstico: *rotura completa del extensor propio del índice (...)*". La radiografía realizada el mismo día muestra signos de osteoartritis MTCF en 2º dedo (afectación degenerativa coincidente con la lesión del tendón en la zona y). Se pauta tratamiento rehabilitador.

12.02.16 valorado por médico rehabilitador, este indica 12 sesiones inicialmente. No constan realizadas. Existe ficha de tratamiento fisioterápico sin anotaciones.

El 31 de marzo de 2016 en consulta de Traumatología, firma documento de consentimiento informado para reparación secundaria de tendones extensores. Entre las consecuencias figura: *Rigideces articulares (...)*". Es programado para el lunes 11 de abril.

11.04.16, a través de la Unidad de Cirugía sin ingreso, con carácter programado se somete a intervención quirúrgica. Entre los hallazgos consta la sección completa del tendón extensor del 2º dedo de la mano izquierda. Se procede a reparar el tendón. Causa alta hospitalaria el mismo día (...).

Las lesiones de los tendones extensores, pueden pasar desapercibidas debido a que la extensión de las articulaciones, está asistida por la musculatura intrínseca de la mano, por lo que al haber cierto grado de extensión se puede considerar normal y pensar que el déficit de extensión de existir, lo que no ocurrió en este caso, se debe al dolor o a la inflamación. Inicialmente, la sección tendinosa puede quedar enmascarada por la transmisión de fuerzas a través de las estructuras aponeuróticas: pero pasado un tiempo éstas van cediendo y se pierde progresivamente la función extensora del dedo.

Por otra parte, en cuanto al diagnóstico de rotura tendinosa mediante la visión directa del tendón explorándolo a través de la herida mientras el paciente mueve el dedo, puede pasar desapercibida ya que la lesión del tendón podría quedar oculta en caso de no coincidir la herida cutánea con la sección tendinosa por el cambio de relación de estas estructuras en las diferentes posiciones de flexo-extensión de los dedos; si el dedo y la articulación metacarpofalángica están en extensión la herida cutánea suele coincidir con la sección del tendón extensor y en la exploración es más fácil poder objetivar la discontinuidad tendinosa, ya que se suele explorar con los dedos en esta posición. En caso de producirse la herida con las articulaciones metacarpofalángicas en flexión, al estirar los dedos se producirá un desplazamiento proximal de la zona de sección tendinosa, pudiendo aparentar en la exploración con los dedos en extensión que no ha habido sección tendinosa, por estar viendo en realidad la zona distal del tendón mientras la zona de sección se ha desplazado proximalmente.

Desde el 31 de diciembre de 2015, en el servicio de urgencias del HUC, sí fue diagnosticado de Rotura parcial de ligamento extensor, si bien se menciona por error 1º dedo. Esto es, se ha producido evolución de la lesión del tendón, que se hace clínicamente evidente en esta fecha.

La atención prestada en el HUC fue correcta. Se alcanza el diagnóstico y se pauta tratamiento. El tratamiento pautado el 31.12.15 por rotura parcial de tendón extensor fue correcto (...)

Existió una rotura parcial del tendón que evolucionó a total a pesar del tratamiento conservador correctamente pautado, no siendo posible determinar en qué momento la rotura se completó. Probablemente entre el 28 de enero y el 4 de febrero de 2016, cuando se modifica la sintomatología: "(...) *mucho dolor, dedo tumefacto e imposibilidad para la extensión completa (...)*".

La indicación de cirugía a fin de reparar el tendón fue adecuada. En el documento de consentimiento informado suscrito figuran las consecuencias del procedimiento (...).

III

1. Antes de entrar en el fondo de la reclamación patrimonial es necesario constatar si en el presente caso se ha presentado dentro del plazo de un año establecido en el art. 67.1 LPACAP.

2. Sobre la prescripción del Derecho a reclamar, reiteradamente ha recordado este Consejo Consultivo la jurisprudencia del Tribunal Supremo que indica:

«(...) La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la "actio nata" recogido en el artículo 1.969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse. En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible. Por lo tanto el "dies a quo" para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto" (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos "aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo" (STS de 14 de febrero de 2006)» (Sentencia de 18 de enero de 2008).

Esa jurisprudencia consolida el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la *actio nata*, sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta coyuntura solo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción.

Así, en la Sentencia de 24 de febrero de 2009, ha reiterado el Tribunal Supremo que en "supuestos como el presente, debido a la gravedad de las secuelas o lesiones permanentes, el perjudicado necesita de un tratamiento continuado después de la determinación del alcance de las lesiones, pero ello no significa que las secuelas no estén consolidadas, es decir, que no se conozca el alcance del resultado lesivo producido, momento en el que se inicia el cómputo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, conforme al tenor del artículo 142.5 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. De no ser así, la acción de indemnización se podría

ejercitar de manera indefinida, lo que es contrario al precepto legal mencionado y al principio de seguridad jurídica proclamado en el artículo 9.3 de la Constitución Española (...)».

En relación al inicio del cómputo del plazo en el caso de daños físicos, la sentencia de 27 de octubre de 2004 explica que la acción para exigir la responsabilidad de la Administración tiene un componente temporal, pues ha de ejercitarse en el plazo de un año a contar desde el hecho que motiva la indemnización -art. 139.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- y este plazo de un año, en el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas; es decir, el *dies a quo* es el de la estabilización o término de los efectos lesivos en el patrimonio o salud del reclamante». Por su parte, las sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distinguen entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el *dies a quo* será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

3. En el presente supuesto el interesado reclama principalmente por el diagnóstico erróneo que recibió el día 13 de diciembre de 2015, al no haber sido valorado y tratado inicialmente conforme a la lesión que supuestamente padecía en aquel entonces, y que como consecuencia ha recibido un tratamiento tardío para la curación de su diagnóstico soportando las secuelas que ahora padece.

4. En consecuencia, aplicada la jurisprudencia anteriormente citada al presente caso, y de acuerdo con la documental médica obrante en el expediente, el afectado era conocedor de su diagnóstico certero «rotura parcial del ligamento extensor del dedo» desde el 31 de diciembre de 2015. Sin perjuicio de que en fecha 4 de febrero de 2016, ya se diagnosticase «rotura completa del extensor propio del índice», el SIP concluye en su informe que inicialmente la rotura parcial del tendón, diagnóstico recibido el día 31 de diciembre de 2015, fue correcto, y que evolucionó a rotura total a pesar del tratamiento conservador pautado, no siendo posible determinar el

momento exacto en el que se completó la rotura. En todo caso, se observa en el historial clínico del paciente que en fechas 28 de enero y 4 de febrero de 2016, ya había quedado determinada la rotura del tendón por lo que recibiría distintos tratamientos: rehabilitadores, conservadores, quirúrgico, etc. Con el fin de alcanzar la reparación del tendón y/o, en su caso, la más óptima recuperación de la movilidad y flexión del MTCF del segundo dedo de la mano afectada. Incluso se observa que el día 11 de abril de 2016, fue intervenido quirúrgicamente recibiendo el alta hospitalaria el mismo día.

Por tanto, con el fin de fijar el *dies a quo* para reclamar, podríamos señalar como fechas más relevantes el 31 de diciembre de 2015, fecha en la que el paciente era perfecto conocedor de su diagnóstico certero consistente en rotura parcial del ligamento extensor del dedo sin perjuicio de que evolucionase a total, recibiendo los tratamientos oportunos y correctos para dicha lesión, entre ellos la intervención quirúrgica programada y realizada favorablemente el día 11 de abril de 2016, recibiendo el alta hospitalaria el mismo día. Todo ello, en relación a una reclamación presentada el 26 de diciembre de 2017, manifiesta indubitadamente que el derecho a reclamar del interesado habría prescrito al haber dejado transcurrir más de un año desde que fue conocedor del presunto error en el diagnóstico recibido el 13 de diciembre de 2015 en relación con el daño determinado el día 31 de diciembre de 2015, así como el 4 de febrero de 2016, fecha en la que se diagnosticó la rotura total, y el 11 de abril de 2016, fecha de la segunda intervención, como fecha más beneficiosa para el interesado en la que se determinaron definitivamente las secuelas.

De lo anterior se colige, pues, que la fecha de inicio del plazo de prescripción ha de fijarse, conforme a la jurisprudencia citada, el 11 de abril de 2016, momento en el que recibe el alta hospitalaria, por lo que habiéndose presentado la reclamación el 26 de diciembre de 2017, es evidente que se ha presentado superando el año de prescripción establecido en el art. 67.1 LPACAP.

5. Habiendo prescrito el derecho a reclamar, como hemos afirmado en múltiples ocasiones (ver por todos el reciente DCC 2/2019, de 3 de enero), no se debe entrar en el fondo del asunto, sino limitarse a desestimar la pretensión resarcitoria del interesado por extemporaneidad de la reclamación.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución se considera parcialmente conforme a Derecho pues si bien se desestima la reclamación presentada, la misma debió desestimarse por haber prescrito el derecho a reclamar del interesado y no por las razones esgrimidas por el órgano instructor, tal como se argumenta en el Fundamento III del presente Dictamen.