



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 1 3 / 2 0 2 0

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de mayo de 2020.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...) en nombre y representación de (...) y (...), que a su vez actúan en nombre propio y en nombre y representación de su hijo, el menor (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 118/2020 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el 5 de marzo de 2020 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 6 de marzo de 2020), es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 22 de enero de 2019 a instancia de la representación de (...) y (...), que a su vez actúan en nombre propio y en nombre y representación de su hijo, el menor (...), por los daños sufridos por este como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

A la tramitación del procedimiento en que se ha aprobado el presente Dictamen, le ha resultado de aplicación el RD 463/2020, de 14 de marzo, declarando el estado de alarma en todo el territorio nacional. En atención al mencionado RD se dictó por el Presidente de este Consejo Consultivo la Resolución 14/20, de 17 de marzo, ordenando la interrupción de los plazos para la aprobación de dictámenes, lo que ha afectado a la tramitación de este procedimiento consultivo. No obstante, mediante

* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

Resolución de la Presidencia 20/2020, de 19 de mayo, se acordó el levantamiento de la suspensión tras la publicación en el BOC de la Resolución de 23 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud, por la que se acuerda la continuación de la tramitación de procedimientos administrativos, considerados indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada que asciende a la cantidad de dos millones de euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) 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). Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

También son de aplicación la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de (...) y (...), que actúan en nombre propio y en nombre y representación de su hijo, el menor (...), al haber sufrido en su esfera moral y, el menor, también en la personal, el daño por el que reclaman [art. 4.1.a) LPACAP], si bien, en este caso actúan mediante la representación acreditada de D.^a (...).

La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

60.1, apartado 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. En cuanto a la tramitación del procedimiento, 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).

II

Los interesados exponen, como fundamento de su pretensión lo siguiente:

- Con fecha 19 de noviembre de 2017 (...) dio a luz a su hijo, (...), en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC).

- A los tres días de vida, el niño tuvo que ser ingresado por convulsiones/estatus epiléptico neonatal, hipoglucemia, lesión cerebral e hipotonía axial.

Los episodios de convulsiones no han cesado desde su nacimiento debiendo ser ingresado en numerosas ocasiones desde entonces en el HUNSC, continuando hasta la fecha bajo supervisión y tratamiento médico.

El objeto de la reclamación es una defectuosa asistencia sanitaria en el momento inmediatamente posterior al parto, y tanto durante la estancia en el hospital del menor hasta el alta, como durante las posteriores asistencias sanitarias recibidas.

Se reclama por todo ello una indemnización que se cuantifica de manera cautelar en 2.000.000 de euros, cantidad que no es alterada posteriormente.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

- El 25 de enero de 2019 se identifica el procedimiento y se insta a los interesados a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que éstos reciben notificación el 1 de febrero de 2019, aportando parte de lo solicitado el 14 de febrero de 2019. No obstante, al no haberse concretado debidamente en qué consistió exactamente la deficiente asistencia sanitaria, se insta a que se concrete el 19 de febrero de 2019, lo que se les notifica el 25 de febrero de 2019. Es el 8 de marzo de 2019 cuando se aporta este dato.

- Por Resolución de 12 de marzo de 2019, del Director del Servicio Canario de la Salud se acuerda la admisión a trámite de la reclamación, lo que se notifica a los reclamantes el 18 de marzo de 2019.

- El 13 de marzo de 2019 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras recabar la documentación necesaria, lo emite el 17 de diciembre de 2019.

- El 8 de julio de 2019 los reclamantes solicitan que se les dé traslado de la póliza de responsabilidad civil del HUNSC, a lo que se les contesta mediante escrito de 7 de agosto de 2019 (notificado el 13 de agosto de 2019) que la aseguradora del HUNSC es el propio Servicio Canario de la Salud.

- El 27 de diciembre de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración y se admiten las solicitadas por los interesados y, siendo todas documentales y obrando en el expediente, se declara concluso este trámite, lo que se notifica a los interesados el 7 de enero de 2020.

- El 27 de diciembre de 2019 se confiere a los interesados el preceptivo trámite de vista y audiencia, de lo que reciben notificación el 7 de enero de 2020, compareciendo representante acreditada el 13 de enero de 2020 para recabar copia del expediente, que se le entrega en el acto. Posteriormente, el 12 de febrero de 2020, se presenta escrito de alegaciones sobre el acuerdo probatorio, alegando la ausencia de informe de cirujano plástico que se cita entre lo recabado por la Administración, si bien, mediante escrito de 18 de febrero de 2020 se aclara que se citó por error, no teniendo relación alguna tal servicio con nuestro expediente.

- El 20 de febrero de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de los interesados, que no es informada por el Servicio Jurídico, lo que se justifica por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación por no concurrir los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicios Canario de Salud; puesto que no ha quedado demostrada mala praxis en la atención sanitaria dispensada a la reclamante.

2. Pues bien, constan como antecedentes de relevancia en relación con el presente caso, en la historia clínica de (...) y de su hijo, tal como se recoge en el informe del SIP:

- (...) presentó un embarazo controlado por obesidad materna. Todas las pruebas realizadas según los protocolos resultaron dentro de la normalidad.

- Con fecha 18 de septiembre de 2017, y 41 semanas de gestación normoevolutiva, ingresa en el Servicio de Ginecóloga y Obstetricia del HUNSC por pródromos de parto. Al ingreso, los signos vitales maternos son normales, así como la frecuencia cardíaca fetal (FCF). El test de Bishop que valora las condiciones cervicales fue de 8, favorable, y la bolsa amniótica se describe íntegra, sin pérdida de líquido amniótico mediante maniobra de esfuerzo, ni sangrado. Durante la evolución del parto todos los datos indican bienestar fetal.

- El inicio del parto fue espontáneo, con presentación cefálica, dilatación espontánea de 6 horas de duración, amniorrexis total con líquido claro en cantidad normal. El parto fue eutócico o normal, sin riesgo de infección. Estuvo asistido por Matrona, no describiéndose ninguna incidencia, con resultado de recién nacido varón, vivo, con Apgar de 9 y 10 sin necesidad de reanimación ni aporte de oxígeno. Ph de cordón con valor normal.

Finalizado el parto se inició contacto piel con piel del recién nacido con su madre e inicio de lactancia materna.

El recién nacido presenta datos antropométricos dentro de la normalidad. Peso 3.460 gr, longitud 50,5 cm. Perímetro craneal 36 cm. Glucemia capilar 42. Cabeza y cuello normales. Reflejo bilateral presente. Extremidades superiores e inferiores, clavículas, tronco, columna y caderas normales. Genitales normoconfigurados, ano permeable. Exploración cardiopulmonar, abdominal y neurológica normales. El recién nacido normal pasó a Nido donde estuvo en observación, describiéndose en la hoja de cuidados desde su nacimiento hasta 24 horas después. Toda la exploración y resultados estuvieron dentro de la normalidad.

Tras 24 horas de observación sin incidencias y estando el neonato en buenas condiciones, se le da el alta con el diagnóstico de recién nacido a término de peso adecuado a su edad gestacional, dándose las recomendaciones sobre cuidados, controles, tratamiento, alimentación y lactancia materna. Se especifica que, en caso de no poder dar lactancia materna, dar tomas de leche ENFAMIL 1, explicando la forma de preparación del biberón. También se explican las situaciones en las que debe acudir al pediatra con rapidez.

- El postparto y puerperio transcurren dentro de la normalidad, con alta el 19 de septiembre de 2017. Se dan las recomendaciones sobre tratamiento, cuidados, higiene, alimentación, lactancia y controles a seguir.

- El día 21 de septiembre de 2017, el neonato, de tres días de vida, ingresa procedente de Urgencias, en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del HUNSC, al que viene derivado de Clínica (...). Ingresó por mal estado general, sospecha de deshidratación y sepsis. Se detalla que ha sido traído por sus padres por problemas con la alimentación, la cual rechaza desde hace 24 horas, notándolo más decaído, con tendencia al sueño, con llanto pero al ponerlo al pecho se queda dormido, presentando escasa o nula succión. Sin fiebre ni vómitos. Diuresis de tres pañales/día y cuatro deposiciones aproximadamente. Lactancia materna exclusivamente, adecuado agarre aunque no refiere subida de leche.

A su llegada a urgencias se objetiva mal color con triángulo de evaluación pediátrica alterado a expensas de apariencia y circulación, por lo que se monitoriza y se realiza glucemia capilar, con resultado de LOW, es decir, «*baja*». Se administra bolo de 5 ml de suero glucosado al 10% y una carga de volumen a 20 ml/kg. Se monitorizan constantes vitales, presentando saturación de oxígeno al 96% y FC de 100-80 lpm. Se traslada a UCIP sin incidencias.

- Al ingreso la puntuación de riesgo de mortalidad pediátrica es de 7. Regular estado general, con ictericia generalizada. Hemodinámicamente estable, sin soporte. Digestivo, sin hallazgos significativos. Metabólico-renal: sin edemas, hipoglucemias de 21 al ingreso, es decir, muy bajas. Hematológico-infeccioso: afebril, ictericia, sin manchas anómalas. Neurológico: Hipoactivo, reactivo a la manipulación, fontanela normotensa, reflejos osteostendinosos presentes y simétricos, sin clonus (contracciones musculares anómalas).

En análisis, hipoglucemia, hiperosmolaridad, hipernatremia, acidosis metabólica. Cultivo de líquido cefalorraquídeo y prueba de diagnóstico molecular para virus, con resultado negativo para ambos. EKG normal.

- En las primeras horas de ingreso y tras inicio de tratamiento y estudio de hipoglucemia, comienza a realizar crisis tónico-clónicas de predominio izquierdo que derivan en status convulsivo (en EEG se observan crisis eléctricas compatibles con status también), que requiere tratamiento anticonvulsivante-sedante para ceder el episodio 12 horas después. Se mantiene bomba de infusión continua pese a lo cual continúa realizando crisis eléctricas, aunque no clínicas, objetivadas en EEG hasta el tercer día de ingreso y que ceden con tratamiento farmacológico. Desde entonces no realiza crisis ni eléctricas ni clínicas, realizando retirada gradual del tratamiento anticonvulsivante. Se trata la deshidratación moderada hipernatrémica.

En EEG realizado el 22 de septiembre de 2017 se objetivan elementos sugestivos de encefalopatía epiléptica y elementos más lesivos irritativos izquierdos.

El EEG de fecha 25 de septiembre de 2017 mostró lentificación de la actividad de base y deficiente organización de los ciclos vigilia-sueño.

En RMN cerebral de 26 de septiembre de 2017 se describen imágenes que sugieren plantear diagnóstico diferencia con lesiones ictus like (postictal, MELAS, entre otros).

En Ecografía transfontanelar previa al alta se objetiva imagen coincidente con lo visto en RMN, no descrita en primera ecografía realizada al ingreso. Se solicita interconsulta a Hematología para estudio de la coagulación con objeto de descartar trombofilia.

- Evoluciona favorablemente, con mejoría progresiva tras retirada de fármacos sedantes, presentando al alta de UCIP hipotonía de predominio axial, pero despierto, activo y reactivo al entorno. Alta con tratamiento farmacológico. Se traslada a planta el 28 de septiembre de 2017 con diagnóstico de Hipoglucemia no especificada, Epilepsia no especificada, no intratable, con estado de mal epiléptico. Convulsiones no especificadas. Deshidratación, Hiperosmolaridad e Hipernatremia. Acidemia metabólica no especificada, Infarto cerebral no especificado, Ictericia neonatal no especificada.

- Durante su estancia en planta presenta buena evolución. Afebril, sin nuevas crisis y buena tolerancia oral. Estabilidad de parámetros analíticos y estudio analítico en busca de alteraciones genéticas como causa de la clínica presentada, como alteraciones de la coagulación, estudios diagnósticos de enfermedad

neurometabólica, que quedaron pendientes al alta del paciente y que posteriormente resultaron normales.

- Dada su evolución favorable y estando los padres informados, se da de alta hospitalaria el día 3 de octubre de 2017, con las recomendaciones sobre tratamiento y seguimiento por Neurología Infantil, Hematología. Nuevas pruebas y control por Pediatría de Atención Primaria, a la vez que se explican síntomas de alarma que requieren acudir al Servicio de Urgencias.

- El día 5 de octubre de 2017 es llevado a urgencias por espasmos: hace 12 horas empieza a realizar movimientos rítmicos de escasos segundos de duración, la mayoría bilaterales, en intervalos de 10-20-30 minutos durante toda la noche. No se administra dosis de biotina por no encontrar dicho medicamento en las farmacias. No presenta vómitos, fiebre ni diarrea. Diuresis adecuada (más de 4 pañales al día).

A la exploración, buen estado general. Normohidratado, normoperfundido, normocoloreado. Neurológicamente activo. Muguet oral y genital en tratamiento. Hipotonía axial normal en el niño, reflejos del recién nacido presentes y simétricos. Realiza algún espasmo puntual cefálico hacia el lado izquierdo que es observado en su estancia en Urgencias. Exploración cardiopulmonar y abdominal dentro de la normalidad.

Análisis de glucemia dentro de la normalidad y EEG que describe ligero retraso dismadurativo con elementos paroxísticos aislados, descartando status epiléptico. Se ajusta el tratamiento anticomitial y se da el alta con diagnóstico de Epilepsia neonatal. Se dan recomendaciones acerca del tratamiento y seguimiento en consultas Externas de Neurología Pediátrica. Se explican signos de alarma y se indica volver si empeoramiento.

- El día 6 de octubre es atendido en Urgencias por aumento de movimientos anómalos de extremidades durante el sueño y la vigilia de unos segundos, así como con la cabeza, oculares y en ocasiones con todo el cuerpo. Presenta buena tolerancia a lactancia materna exclusiva. Deposiciones y diuresis adecuadas. Aumento del número de episodios y gran ansiedad materna, por lo que se decide su ingreso.

Buen estado general. Normohidratado, normoperfundido y con palidez-cianosis generalizada. Neurológicamente activo y reactivo. Hipotonía axial habitual en él, aunque impresiona algo menos. Realiza mioclonía durante la exploración de intensidad llamativa (movimiento involuntario, breve, brusco, repentino o sacudida).

Se mantiene en observación con tratamiento anticomicial y se realizan las pruebas pertinentes.

Los estudios diagnósticos de enfermedad neurometabólica realizados hasta ahora no presentan alteración significativa.

En Ecografía transfontanelar de 10 de octubre de 2017 persiste imágenes previas.

El día 11 de octubre se realiza estudio neurofisiológico. En EEG se describe integración de la actividad cerebral en valores límite para la edad del niño, y reducción de la actividad paroxística respecto a EEG previo.

- Durante su estancia se evidencian los movimientos referidos por la madre, que impresionan de mioclonías, evidenciando en registro largo de EEG una reducción de la actividad paroxística respecto a los estudios previos, por lo que dada la estabilidad clínica, adecuada tolerancia oral y exploración física normal se decide alta el día 11 de octubre de 2017, con el diagnóstico principal de Mioclonías (epilepsia) para su seguimiento ambulatorio en consultas de Neurología Infantil y pediatría de zona, dándose las recomendaciones sobre tratamiento, seguimiento e indicando volver en caso de empeoramiento.

- El paciente continúa sus controles en consultas externas de Neurología Infantil con el diagnóstico de convulsiones/epilepsia neonatales, con seguimiento de su neurodesarrollo y ajuste según requerimientos y peso de fármaco anticomicial. Acude a Rehabilitación por hipotonía y tortícolis derecha en el contexto de factores de riesgo del neurodesarrollo.

- Con fecha 30 de octubre de 2017, en consulta de hematología se informa de estudio de la mutación de factor V Leiden y 20210 gen protrombina negativas, concluyendo que el lactante no presenta alteraciones genéticas de trombofilia y se indica a la madre estudios de anticuerpos que puede manifestarse por trombosis, estudios que no constan en la historia clínica que la paciente se haya realizado.

- El 12 de enero de 2018, con 3 meses de edad, el lactante es llevado a urgencias derivado del Servicio de Rehabilitación por mioclonías en muñeca izquierda de menos de 10 segundos. Estos movimientos los realiza a diario durante las tomas y el sueño, notando la madre un ligero aumento en el número de episodios desde el día anterior (7-8/día). Buen cumplimiento del tratamiento. No otra sintomatología acompañante.

Presenta buen estado general y las exploraciones realizadas son normales, así como las analíticas. Durante su estancia en Urgencias realiza episodio de mioclonías

durante el sueño en antebrazo izquierdo. Dado el buen estado clínico se decide alta a domicilio con el diagnóstico principal de mioclonías y los diagnósticos previos: Hipoglucemia neonatal, lesión cerebral, hipotonía axial, y las recomendaciones sobre tratamiento, seguimiento e indicaciones de acudir si empeoramiento.

- El 27 de febrero de 2018 acuden de nuevo a Urgencias por observación de movimientos de sacudidas de muñeca izquierda y ambos pies de menos de 10 segundos de duración, en las 24 h previas. Buen cumplimiento del tratamiento. Exploraciones similares a las previas y dentro de la normalidad. Neurológicamente activo y reactivo. Se realiza RMN de control. Durante las 16 horas que permanece en observación se mantiene con buen estado general y realiza un menor número de mioclonías aisladas, retornando a su estado habitual. Se decide alta a domicilio con diagnóstico y recomendaciones ya conocidas

- El día 1 de marzo de 2018 acude a Urgencias por convulsiones diferentes de las habituales. Movimientos de flexo-extensión de cuello de forma rítmica (unas 20 sacudidas en 15 minutos). Desde la mañana estaba más decaído de lo normal, un poco más hipotónico y en ocasiones presenta la mirada fija, no respondiendo cuando se le llama. Cumplimiento de la medicación.

Exploraciones dentro de la normalidad, como en ocasiones anteriores. Se realiza EEG que arroja un registro aceptablemente integrado para la edad del paciente, con los paroxismos específicos descritos, y estudio poligráfico dentro de límites normales.

Permanece en observación durante 14 horas sin realizar ningún episodio convulsivo-mioclónico. Dada la estabilidad clínica y el resultado esperado en función de su patología, en las pruebas diagnósticas realizadas, se decide alta a domicilio con el diagnóstico de Epilpesia secundaria, y las recomendaciones ya conocidas.

- Según informe de Consultas Externas de Neurología Infantil, con los diagnósticos ya conocidos, adquiere los ítems del desarrollo de forma adecuada a su edad, precisando de ajustes del tratamiento anticomitial según requerimientos.

- El 21 de marzo de 2018, con 6 meses de edad, se describe en Consulta de Neurología Infantil que presenta buen aspecto general, con exploraciones dentro de la normalidad. Reflejo rotuliano izquierdo ligeramente aumentado en comparación con el derecho. En RMN de 27 de febrero se describen hallazgos de evolución hacia la cronicidad de la lesión previa parieto-occipital derecha, sin identificar nuevas lesiones. La madre comenta que se irán a vivir a Inglaterra, y posteriormente, en fecha 20 de abril de 2018 se produce contacto telefónico desde allí por nuevos

episodios, por lo que se ajusta la dosis de tratamiento con buena respuesta, según comunicación vía email con la madre el día 26 de abril del mismo año, acordando realizar EEG de forma urgente, coincidiendo con los episodios en caso de empeoramiento, y manteniendo contacto vía telefónica o email para mayor rentabilidad.

Se realiza informe con fecha 3 de junio de 2018 por el Servicio de Neurología Infantil, siendo éste el último contacto. El paciente no vuelve a acudir a consultas.

3. Con carácter previo, hemos de analizar si la acción de reclamar se ha ejercido dentro del plazo de un año que establecen los arts. 65 y 67 LPACAP, plazo que se ha de computar a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

Como se reseñó al relatar los hechos, la reclamante presenta el 22 de enero de 2019 reclamación patrimonial por unos hechos que se produjeron el 21 de septiembre de 2017.

El citado art. 67.1 LPACAP dispone lo siguiente: *«Los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. 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».*

A este respecto, es preciso recordar lo señalado por el Tribunal Supremo en la Sentencia -entre otras- de 18 de enero de 2008:

«(...) 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 1969 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)».

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 (véase, en igual sentido, el Dictamen de este Consejo núm. 417/2013).

4. Para analizar el presente caso, hemos de partir de la premisa de que los daños por los que reclama la interesada son claramente de carácter permanente. A estos efectos, la jurisprudencia ha venido distinguiendo entre daños permanentes y daños continuados. Como señala la 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 aquél 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, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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, 31 de octubre de 2000, 11 de mayo de 2001, 29 de junio y 10 de octubre de 2002, 11 de mayo de 2004, 28 de febrero, 21 de mayo y 21 de junio de 2007, 1 de diciembre de 2008, 14 de julio y 15 de diciembre de 2010, 15 de febrero, 21 de junio y 29 de noviembre de 2011 de 2010, 22 de febrero, 10 de abril y 12 de septiembre de 2012 y 2 de abril de 2013, entre otras; doctrina jurisprudencial reiterada en los Dictámenes 364 y 436, ambos de 2015).

Asimismo, también ha reiterado el Tribunal Supremo que el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de ser aquél en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto o aquél en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, y una vez establecido dicho 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 de 28 de febrero de 2007, 18 de enero de 2008, 14 de julio de 2009 y 2 de abril de 2013, entre otras).

5. En el presente supuesto, como queda reflejado en los informes médicos obrantes en el expediente, el 3 de octubre de 2017, el menor (...) recibe el alta médica, con el siguiente diagnóstico definitivo: *«Hipoglucemia no especificada. Epilepsia no especificada, no intratable, con estado de mal epiléptico. Convulsiones no especificadas. Deshidratación. Hiperosmolaridad e hipernatremia. Acidemia metabólica, no especificada. Infarto cerebral, no especificado. Ictericia neonatal, no especificada. Muguet oral»*. Posteriormente, el paciente recibió tratamiento de control de seguimiento y rehabilitador.

Por lo tanto, de la documentación médica que consta en el expediente queda acreditado que el juicio diagnóstico definitivo se determinó el 3 de octubre de 2017, es decir, en esa fecha los interesados ya conocían el alcance de las lesiones del menor, debiendo ser, en rigor, este el momento inicial del cómputo del plazo para ejercer la acción resarcitoria, no la de los seguimientos de control posteriores, ya que, como reitera la jurisprudencia citada, *«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»*.

Siendo, pues, la fecha de la determinación de las secuelas el 3 de octubre de 2017 y habiéndose presentado la reclamación el 22 de enero de 2019, parece que se ha presentado superado el año de prescripción establecido en el art. 67 LPACAP, por lo que, en ese caso, la solicitud sería extemporánea.

Ahora bien, habida cuenta del sentido de este Dictamen, que impide que este Consejo entre a conocer el fondo del asunto, y dado que en la Propuesta de Resolución, de carácter desestimatorio, nada se dice respecto a la extemporaneidad de la acción ejercitada, deben retrotraerse las actuaciones a fin de que se otorgue

un nuevo trámite de audiencia a la interesada para que pueda alegar lo que considere conveniente sobre esta cuestión. Evacuado dicho trámite, se elaborará una nueva Propuesta de Resolución -debidamente motivada en lo que al aspecto temporal de la acción se refiere [art. 35.1, letra h) LPACAP]-, que habrá de ser remitida a este Consejo para su dictamen preceptivo. De esta forma, se garantizará la observancia del principio de contradicción y se evitará que se produzca indefensión.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada frente a la Administración sanitaria, se considera no conforme a Derecho; debiéndose retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento IV de este Dictamen.