



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de enero de 2021.

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. 535/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 31 de mayo de 2018 a instancia de la representación de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en un centro concertado del Servicio Canario de la Salud.

2. El interesado cuantifica la indemnización reclamada en más de 6.000 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).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 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

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

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. Concurren los requisitos de la legitimación activa.

En cuanto a la legitimación pasiva, la ostenta tanto el SCS, titular del servicio público sanitario, como el centro sanitario privado concertado -Hospital (...)-, ya que éste es, en principio, el obligado de responder en caso de funcionamiento en los supuestos de concierto (DT1ª de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público y art. 214 Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público). En el presente procedimiento se le ha tenido como parte, garantizándosele los trámites de proposición de prueba y audiencia, sin que haya hecho uso de su derecho a ninguno de dichos trámites. Obra, no obstante, en el expediente informe del médico especialista que atendió al interesado en dicho centro.

4. 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).

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 Secretaría 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 de este Servicio.

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

II

1. La sucesión de hechos, según el reclamante, es la siguiente:

Tras una caída accidental el 19 de septiembre de 2016, acudió al Servicio de Urgencias donde tras realizarle radiografía le diagnosticaron fractura del «5

metacarpiano». El 26 de septiembre de 2016 es intervenido quirúrgicamente «procediéndose, bajo control de scopia, a la reducción y osteosíntesis con un tornillo interfragmentario». «El 4 de enero de 2017 se procede a desbridamiento quirúrgico tras fibrosis y absceso postquirúrgico. Con posterioridad no se ha seguido la evolución correctamente (...).

Como resultado de esa intervención quirúrgica se ha producido una limitación a la movilidad de 3º, 4º y 5º dedos de la mano que ha dado lugar a la estimación por el Tribunal médico correspondiente de la solicitud del dicente de la Incapacidad Permanente en el grado de total para la profesión habitual».

2. Por su parte, el SIP, a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), y tras relatar la sucesión de hechos y realizar consideraciones, concluye con que:

1.- El paciente había presentado una fractura diafisaria del 5.º MTC de la mano izquierda, el primer tratamiento al ser una fractura no desplazada, sin lesiones asociadas, fue inmovilización de la zona fracturada. Tratamiento que era adecuado ante el diagnóstico realizado. En la cita de control, aunque no hay alteraciones neurovasculares, se visualiza en la radiografía realizada, que la fractura está desplazada, por lo que ese mismo día, se decide reducir y estabilizar la fractura mediante intervención quirúrgica. Actuación rápida, adecuada y coherente con la clínica del paciente.

2.- Aunque el tratamiento de elección ante la presencia de una fractura de la base del 5.º MTC inestable es la cirugía, con la intención de evitar o minimizar secuelas, previamente a la misma el paciente es informado, conoce, comprende y acepta la intervención quirúrgica, y asume que pueden presentarse riesgos o complicaciones, mediante su firma.

3.- En dicho documento de Consentimiento Informado (CI) queda constancia del procedimiento, el cual consiste en la colocación del hueso que se ha salido de su sitio habitual, con la estabilización del mismo, y fijación de la fractura mediante placas, tornillos, agujas, etc.

4.- Como con todo tratamiento, ya sea quirúrgico o no, se espera obtener un buen resultado, pero este no puede garantizarse, dado que la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta, y pueden aparecer complicaciones que no pueden preverse, dado que toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica

operatoria, como por la situación basal de cada paciente, lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, y estos riesgos o complicaciones que son los más comunes o típicos, están descritos en el CI e incluyen:

- Molestias (dolor) en la zona de la herida, debidas a la cirugía y al proceso de cicatrización, que pueden prolongarse durante unos días o hacerse continuas.

- Lesión de vasos sanguíneos de la extremidad.

- Lesión de nervios de la extremidad (disminución de la sensibilidad o parálisis).

- Trombosis venosa profunda/Tromboembolismo pulmonar.

- Restricción del movimiento (Rigidez articular), secundaria a la aparición de calcificaciones o al proceso de cicatrización).

- Daño de las superficies de deslizamiento de los huesos (cartílagos) que pueden condicionar una futura artrosis.

- Infección que puede ser superficial o profunda (puede ocurrir incluso años después de la intervención).

- Inflamación de la zona de la operación que puede provocar lesiones en los vasos o los nervios.

- Entre otros.

5.- El paciente había sido intervenido de dicha fractura en fecha 26/09/16, según protocolo quirúrgico habitual, y sin incidencias. Había comenzado su rehabilitación en fecha 21 de noviembre de 2016, según el mismo paciente comunica a su Médico de Familia (la rehabilitación suele realizarse en Centro Concertado). Establecimiento de tratamiento rehabilitador en unas 4-6 semanas aproximadamente, que es lo habitual tras estos tratamientos. Es decir, que tanto el tratamiento quirúrgico como el rehabilitador, así como el seguimiento de su proceso por su Médico de Familia, eran los adecuados.

6.- En fecha 4 de enero de 2017, el paciente consulta al Servicio de Urgencias del Hospital (...) por presentar edema, rubor y dolor local en la mano izquierda. Valorado por Traumatología es diagnosticado de absceso cutáneo a nivel de la base del 5.º MTC (en dorso de la mano izquierda). El absceso (infección que puede ser incluso provocada por la propia flora del paciente) presentado en la zona de la operación, días después de la cirugía, es una complicación descrita en el CI, y que puede suceder, pero a la que también se le dio una respuesta rápida, adecuada, y sin incidencias, realizando un desbridamiento (eliminación) quirúrgico del absceso.

7.- Tras la cirugía de la complicación surgida, tuvo una evolución postoperatoria inmediata favorable, motivo por el cual se le dio el alta, adecuadamente, para que siguiera su tratamiento de forma ambulatoria, haciéndose la observación de que ya había una importante rigidez en la mano (rigidez a nivel de articulaciones metacarpofalángicas de los dedos del 3.º al 5.º), por lo que se recomendaba seguir la rehabilitación de forma preferente.

8.- Así vemos, que en esa fecha, ya había rigidez importante localizada en los dedos (en la base de los dedos del 3.º al 5.º), tras la fractura, inmovilización, cirugía, incluso tratamiento rehabilitador. Tratamiento rehabilitador que una vez más fue retomado tras la cirugía y recuperación de la complicación (infección), presentada. Rigidez, inflamación, que no sólo puede estar en relación con el propio mecanismo lesional y la propia fractura, sino también con la necesaria intervención quirúrgica realizada para su reducción y estabilización, tal como así se contempla en el CI, que el paciente conoció, entendió y asumió, con anterioridad al tratamiento.

9.- Asimismo, destacar que al paciente se le ofreció una nueva intervención como opción terapéutica, tal como también se contempla en el CI, tratamiento que el reclamante ha desestimado.

10.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, información, consentimiento y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación del paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

11.- No se infiere en modo alguno que el actuar de los profesionales intervinientes haya sido negligente, cumpliéndose con las formalidades y con los protocolos de actuación médica aplicables, sin que se haya observado dejadez ni mala praxis.

12.- Por tanto, con respecto a lo reclamado, no encontramos relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a la clínica el paciente.

3. Posteriormente, a solicitud de la Instrucción del procedimiento, el SIP se pronuncia sobre la eventual prescripción del derecho a reclamar de la siguiente manera:

«1.- En fecha 26/09/16, el paciente, diestro, es intervenido de una fractura desplazada de la base del 5º metarcarpio (MTC) de la mano izquierda por el Servicio de Traumatología del Hospital (...), en virtud del concierto con el SCS. En dicha intervención se le realiza reducción abierta y osteosíntesis con tornillo interfragmentario.

Durante la intervención quirúrgica y el postoperatorio no se describen incidencias.

2.- De la documentación que aporta el propio reclamante (no obrante en el expediente hasta ahora), conocemos más datos acerca del seguimiento posquirúrgico realizado en el (...).

Tras la cirugía, en control realizado en fecha 11/10/16, se procede a retirada de suturas y se coloca nuevamente inmovilización.

3.- En fecha 25/10/16, se realiza radiografía de control, apreciándose reducción adecuada de la fractura y evolución favorable del proceso, por lo que se retira inmovilización y se autoriza el inicio de movilizaciones.

4.- Hasta aquí vemos que el paciente había sido intervenido sin incidencias, para conseguir una adecuada reducción y consolidación de la fractura, realizando de forma conveniente osteosíntesis con tornillo de compresión interfragmentaria, colocando posteriormente inmovilización con férula antebraquial.

5.- En consulta de seguimiento posterior, no se describe incidencia alguna y, se procede de forma ajustada al tiempo de evolución, a la retirada de las suturas y la colocación de nueva inmovilización, es decir, el paciente tiene pautada en ese período de recuperación una inmovilización ortopédica, por lo que no procede indicación de rehabilitación.

6.- En la siguiente consulta (25/10/16), se le realiza oportunamente, a su período evolutivo, una radiografía de control, describiéndose la presencia de una adecuada reducción, es decir, hay una correcta alineación ósea y el proceso de consolidación es favorable, por lo que se retira inmovilización (4 semanas después de la cirugía y no 8 semanas), y tal como se recoge en el informe ahora aportado, se autoriza el inicio de movilizaciones, es decir, no es que se siguiera con una inmovilización inadecuada de la mano, sino que de forma temprana, desde que el

proceso evolutivo lo permitió dicha inmovilización fue retirada, autorizándose de forma adaptada al momento evolutivo, iniciar movilizaciones de la mano, como manera de comenzar de forma terapéutica, temprana, progresiva y con implicación activa del paciente, con la restauración de su movilidad, que lógicamente está afectada por la lesión padecida, la cirugía, la inmovilización, y no porque las actuaciones no hayan sido las apropiadas.

7.- Asimismo, durante sus controles continuados, el 08/11/16, dos semanas después, de la última valoración en la que se le había indicado iniciar la movilización de la mano como forma de comenzar con su restablecimiento progresivo, se aprecia importante rigidez de los dedos, y cicatriz adherida a planos profundos (descrito en informe aportado por el propio reclamante), decidiéndose de forma adecuada dentro de la evolución del proceso, y tras detectar dicha adherencia, derivar al paciente para complementar el tratamiento hasta ahora seguido, con tratamiento rehabilitador, siendo valorado por Rehabilitación en fecha 14/11/16, e iniciando la misma en fecha 21/11/16, es decir, que una vez indicada, se le valoró y se le inició el tratamiento dentro de un período admisible. Actuación adecuada ante el momento evolutivo del proceso y el hallazgo de adherencia cicatricial y rigidez, que puede darse tras este tipo de lesiones, y tras este tipo de intervención para tratar una fractura luxación articular (obviamente de la fractura luxación articular de la base del 5º MTC izquierdo, que era la que padecía el paciente tras el traumatismo, no otro tipo de lesiones, ni en otro tipo de localizaciones), y de lo cual el paciente estaba informado, conociendo, comprendiendo y asumiendo que podía presentarse rigidez articular, secundariamente al proceso de cicatrización, dado que la fibrosis cicatricial provoca adherencia tendinosa, que en la zona anatómica intervenida, no sólo afecta la movilidad (flexión) del 5to dedo sino también la de sus vecinos, los dedos 3º y 4º.

8.- A pesar de la movilización indicada de forma temprana y adecuada al momento evolutivo, así como la rehabilitación, en fecha 03/01/17 (según informe ahora aportado por el propio paciente), en su seguimiento por Traumatología del (...), se aprecia importante rigidez con cicatriz completamente adherida, asociado a anquilosis articular de interfalange proximal (IFP). Si bien la rehabilitación es, a priori, el tratamiento idóneo para conseguir ganar en movilidad y fuerza frente a rigideces cicatriciales, en este caso frente a la poca respuesta, se le recomendó realizar tenolisis quiúrgica, es decir, liberar el tendón atrapado por la fibrosis cicatricial, recomendación adecuada en coherencia con la evolución clínica del proceso.

9.- El día 04/01/17 es valorado por el Dr. (...) (del Servicio de Traumatología del (...) y médico que ha realizado las intervenciones y el seguimiento del proceso), diagnosticándose de absceso cutáneo a nivel de la base del 5º MTC, por lo que ese mismo día se le realiza el desbridamiento quirúrgico del absceso (información descrita en la hoja operatoria) y liberación (tenolisis) de la zona de la cicatriz (informe del propio Traumatólogo interviniente aportada por el reclamante), intervención que es realizada rápida y adecuadamente en respuesta tanto a la infección ahora descrita (sin que se constate clínica infecciosa posterior al desbridamiento) como a la rigidez secundaria a la cicatrización. Esta infección también es un riesgo contemplado dentro del consentimiento informado conocido y asumido por el paciente.

10.- Tras la intervención de tenolisis, en consulta de control realizada el día 12/01/17 (informe aportado por el propio reclamante), se describe que aunque hay mejoría de la movilización tras el procedimiento, persiste anquilosis (o lo que es lo mismo: rigidez o pérdida de movilidad) en interfalángicas. La anquilosis o rigidez articular, riesgo típico contemplado en el CI ya estaba presente y estaba relacionada con la cicatrización tras la requerida primera cirugía realizada, además de poder estar en relación, en su evolución, con el traumatismo y la propia lesión, entre otros factores. En esta consulta, según consta, se le explica nuevamente al paciente su pronóstico reservado, con bajas expectativas de mejoría, motivo por el cual se deriva a la Unidad Especializada del Hospital de referencia (CHUIMI); es decir, una vez se constató la no progresión del proceso con pocas expectativas de mejoría, de forma acertada se derivó el paciente para su valoración en la Unidad Especializada.

11.- De la información anterior se desprende, que ya se conocía, pese a las dos cirugías realizadas y a la rehabilitación, que el paciente tenía bajas expectativas de mejoría; es decir, que aunque se continuó realizando un posterior tratamiento rehabilitador en el período comprendido entre el 20/02/17 al 01/06/17, continuó presentando rigidez a nivel metacarpofalángico (MTF) de dedos 3º a 5º de la mano izquierda, lo que ha motivado que se le recomiende una nueva cirugía, que el paciente ha declinado, no pudiendo decir, en este caso, que no se le prestó asistencia al paciente, sino todo lo contrario, a pesar, de que las expectativas de mejoría eran pocas, se le siguió tratando, poniendo a su disposición las alternativas terapéuticas disponibles.

12.- Asimismo, el resultado final de la funcionalidad de la mano del paciente, no solo puede ser vinculada al acto quirúrgico o a la rehabilitación, sino que es de

carácter multifactorial, pudiendo estar relacionado con el estado preexistente de la mano, calidad del hueso, el traumatismo, las características de la lesión, y con múltiples factores individuales, algunos desconocidos, que hacen que la respuesta a los tratamientos médicos venga exenta de certeza, a pesar de ser los adecuados».

4. El reclamante presenta, en trámite de audiencia, escrito de alegaciones en el que se opone a considerar la fecha de 12 de enero de 2017 como inicio del plazo de prescripción, entendiéndose que se produjo cierta mejoría con el tratamiento rehabilitador y que debe entenderse como tal fecha el 1 de junio de 2017, fecha de finalización del tratamiento rehabilitador.

El centro concertado no presenta alegaciones.

5. Por la Asesoría Jurídica Departamental se emite informe preceptivo, considerando ajustado a derecho la Propuesta de Resolución remitida.

6. La Propuesta de Resolución, sin entrar en el fondo de la cuestión planteada, desestima la reclamación formulada por el interesado por haber prescrito el derecho a reclamar.

III

1. Lo anterior nos obliga a indagar si, de acuerdo con el art. 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar se ha ejercido dentro del año de haberse producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, si bien, conforme dispone el propio precepto, 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.

Como hemos expuesto en otras ocasiones, es preciso recordar que la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, entre otras, dispuso:

«(...) 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 1.902 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 (...)

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 circunstancia sólo 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".

Por su parte, las sentencias de 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».

2. En el presente caso se reclama por las supuestas secuelas ocasionadas por la intervención quirúrgica por fractura del «5 metacarpiano» el 26 de septiembre de 2016.

Según el SIP desde el 12 de enero de 2017 (lo que se desprende del informe aportado por el propio reclamante), se describe que aunque hay mejoría de la movilización tras el procedimiento, persiste anquilosis (o lo que es lo mismo: rigidez o pérdida de movilidad) en interfalángicas. En esa fecha se le explica nuevamente al paciente su pronóstico reservado, con bajas expectativas de mejoría, motivo por el cual se deriva a la Unidad Especializada del Hospital de referencia (CHUIMI); es decir, una vez se constató la no progresión del proceso con pocas expectativas de mejoría, de forma acertada se derivó el paciente para su valoración en la Unidad Especializada.

De la información anterior se desprende que ya se conocía el alcance de las secuelas y que, pese a las dos cirugías realizadas y a la rehabilitación, tenía bajas expectativas de mejoría.

Es por tanto, esa fecha, 12 de enero de 2017, el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad, porque, como se dijo, según el principio de la *actio nata*, es a partir de ese momento en que la determinación de los daños es posible, en este caso que existe anquilosis (rigidez o pérdida de movilidad) en interfalángicas, momento, pues, a partir del cual se puede reclamar, ya que se conocen todos los elementos de orden fáctico y jurídico para el ejercicio de la acción.

3. El interesado, en su escrito de reclamación, manifiesta que la acción no ha prescrito porque conforme a la doctrina de la *actio nata* para el cómputo de la prescripción, dicho plazo se inicia cuando la acción pudo nacer y esto se produce después de la rehabilitación, el 1 de junio de 2017.

Sin embargo, este Consejo Consultivo ha venido manifestando de forma reiterada y constante (ver por todos el Dictamen 1/2020, de 9 de enero), que la jurisprudencia del TS, expresada en sus sentencias del TS de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distingue 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.

Como tampoco interfieren en la determinación de ese *dies a quo* eventuales declaraciones de incapacidad, ya que desde la STS de 28 de junio de 2011, el criterio jurisprudencial es el que sigue:

«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, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento.

(...)

Lo que tampoco supone que el plazo quede abierto de manera indefinida, sino que ha de estar al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, pues el carácter crónico o continuado de la enfermedad no impide conocer en un determinado momento de su evolución su alcance y secuelas definitivas o al menos de aquellas cuya concreta reparación se pretende (Sentencias de 12 de diciembre de 2009, 15 de diciembre de 2010 y 26 de enero de 2011 -recursos 3425/2005, 6323/2008 y 2799/2009), ni siquiera al albur que la situación ya determinada fuera sobrevenidamente reconocida a efectos laborales y de Seguridad Social, lo que constituye una mera paradoja de la tramitación coetánea de los distintos procedimientos administrativos y sociales consecuencia de un mismo resultado lesivo, insusceptible de reabrir la reclamación por la secuela definitivamente determinada en el momento anterior, (...)».

En definitiva, de esta interpretación se desprende, pues, que la fecha de inicio del plazo de prescripción no es otra que la del 12 de enero de 2017, cuando se informa al interesado de que existe anquilosis (rigidez o pérdida de movilidad) en interfalángicas, con bajas expectativas de mejoría, momento a partir del cual se pudo ejercer, conforme a la jurisprudencia citada, su derecho a reclamar, no teniendo relevancia las fechas de posteriores tratamientos rehabilitadores o paliativos, ni de reconocimientos de situaciones de incapacidad.

Siendo, por tanto, la fecha de la determinación del alcance de las secuelas el 12 de enero de 2017 y habiéndose presentado la reclamación el 31 de mayo de 2018, es evidente que se ha superado el plazo de prescripción de un año establecido en el art. 67.1 LPACAP.

En suma, la reclamación presentada por las secuelas alegadas consecuencia de la intervención quirúrgica fue extemporánea, por lo que la solicitud podría haberse inadmitido a trámite.

No obstante, dado que la misma ha sido tramitada, es conforme a Derecho que la Propuesta de Resolución haya desestimado la pretensión resarcitoria por prescripción del derecho a reclamar al haberse ejercido pasado el plazo de un año previsto legalmente.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por el interesado, es conforme a Derecho, pues el derecho a reclamar ya había prescrito.