Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 6 / 2 0 2 4

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 25 de enero de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 600/2023 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente proyecto de dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. El reclamante solicita una indemnización de 341.780,49 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Sra. Consejera 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 adelante, LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resultan de aplicación tanto la citada LPACAP, como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en adelante, LRJSP; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del

[*] **Ponente: Sra. Marrero Sánchez.**

paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa y pasiva.

4.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que el reclamante ostenta la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

4.2. 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.

5. 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.

6. 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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver siendo el silencio administrativo de carácter desestimatorio (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP). 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

1. El reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial a fin de que le sea reconocido el derecho a ser indemnizado por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

En este sentido, el interesado fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos –folio 1 y ss., del expediente-:

«I.- Que quien suscribe, (...), el 13.03.2015 fue diagnosticado de desprendimiento de retina, intervenido el 23.03.2015, mantener dolores oculares en ojo izquierdo y cefaleas.

En este sentido, a lo largo del año 2015, tras la cirugía de desprendimiento de retina en ojo izquierdo operado en Tenerife por Dr.(…), retinólogo, en el HUC, se efectúa seguimiento en fecha de 20 de abril, siendo su exploración descrita la siguiente:

"Agudeza visual con su corrección (AVcsc) OD: 0,9 DIF OI: 0,7.

Tonometria de aplanación OD: 25 OI 29 mmHg.

Polo anterior de ambos ojos: fáquico, con punto.

En esta consulta de seguimiento, se le prescribe tratamiento con Gentadexa colirio, en pauta descendente y Azarga colirio 1 gota cada 12 horas en ojo izquierdo, se cita a control en 1 mes.

II.- El día 19 de mayo de 2015 se efectúa nueva exploración con la siguiente descripción:

Tonometria de aplanación OD: 20 sin tratamiento 01: 17 mmHg con Azarga/ 12 horas.

Polo anterior de ambos ojos: sin hallazgos patológicos.

Fondo de ojo OD: sin hallazgos patológicos OI: pigmento vítreo con desprendimiento vitreo posterior, retina aplicada y cerclaje correcto con agujero bien indentado a las 8 horas.

Se mantiene tratamiento con Azarga/ hrs. En ojo izquierdo y se cita a control en noviembre.

III. Que se acude con fecha de 4 de noviembre de 2015, a consulta con el Dr. (…), donde se efectúa la siguiente exploración:

AV esc OD: 1 dif OI: 0,7

Polo anterior de ambos ojos: sin hallazgos patológicos.

Fondo de ojo OD: desprendimiento vítreo posterior (DVP), lesiones no predisponentes de 10 a 12 horas. No tracción vítreo ni agujeros OI: desprendimiento vítreo posterior, retina aplicada y cerclaje correcto.

Se mantiene tratamiento con azarga/ 12 horas. En ojo izquierdo y se cita a control anual con campimetria.

IV. Que el 11 de diciembre de 2015, acudo a urgencias por miodesopsias en ojo izquierdo, acudiendo este día con la siguiente sintomatología:

AV OD: 1 OI: 0,63 Tono aplanación OD: 20 01: 15 mmHg

Polo anterior 01: normal (midriasis farmacológica)

Fondo de ojo OI: dvp, cerclaje evidente, la serterapia periférica, no hermorragias ni agujeros o desgarros ni áreas de desprendimiento de retina.

Ese día acudo bastante alarmado, recomendándome reposo relativo sin esfuerzos físicos ni movilidad brusca de cabeza.

V. En el año 2016 se me efectúan dos pruebas OCT de OD y OI, el día 03.02.2016.

Más de seis meses después, se emite informe médico del Servicio de urgencias del Hospital general de La Palma de fecha 28.09.2016, a la cual acudo por dolor ocular y cefalea, refiriéndose lo siguiente en el parte de consulta:

"Paciente de 43 años que acude a nuestro servicio de urgencias por dolor tipo punzante a nivel ocular izquierdo. Nos lo describe como un dolor constante que irradia hacia los senos frontales y zona maxilar del mismo lado.

Nos comenta que no siente pérdida de visión.

El dolor comenzó el viernes tomándose analgésico aliviándose ligeramente la sintomatología, el lunes acude a su centro de salud por el mismo motivo donde le pautaron analgésicos intravenosos".

Exploración física:

Consciente y orientado. No dolor a la palpación a nivel ocular. No perdida visual. Aumento de la sensibilidad en carrillo izquierdo.

Exploración neurológica:

No alteraciones al habla. Pupilar isocóricas normoreactivas. Pares craneales explorados normales. No nistagmo, no diplopía. Fuerza 5/5 y sensibilidad conservada y simétrica.

Romberg -. Marcha normal.

Diagnóstico de sospecha:

Dolor ocular

Se remite al servicio de Oftalmología. Alta a domicilio.

VI. Ya en 2017, acudo, con fecha de 15.05.2017 y 01.06.2017, recibo consultas, y con posterioridad, se emite, informe médico radiológico de fecha 20.06.2017. En este sentido, se emite informe con el siguiente contenido:

"Sospecha:

Paciente de 43 años que consulta por dolor retroocular izquierdo tipo punzada, de intensidad 6/ 1 O, con irradiación a región occipital ipsilateral, de comienzo hace 2 años y medio tras intervención de desprendimiento de retina izquierda, con un promedio de presentación de 5-6 días al mes, de presentación vespertina. No se acompaña de náuseas, vómitos, fotofobia ni sonofobia.

Juicio Clínico: cefalea de características tensionales.

TAC craneal:

No se aprecian hallazgos patológicos significativos.

NOTA: el Servicio de Oftalmología tiene la sospecha de una hipertensión intracraneal benigna, y se realizan pruebas radiodiagnósticos".

VII. Habida cuenta de la cronificación de esta situación, solicito prueba Neurofisiológica en fecha 26.02.2018, en el Hospital General La Palma.

Posteriormente se emite informe médico del Servicio de Neurofisiologia de fecha 10.04.2018, con las siguientes conclusiones:

"Estudio Neurofisiológico sugestivo de una afectación óptica, bilateral, de carácter desmielinizante e intensa leve-moderada.

Acudo posteriormente, con fecha de 18.05.2018, a Centro Médico (...) donde se emite informe tras resonancia magnética cerebral, con el siguiente diagnóstico:

"En fosa posterior, se observa el cuarto ventrículo en la línea media, de tamaño y características normales. No existen alteraciones en tronco encefálico, núcleos del cerebelo ni en vermis, así como en el resto de ambos hemisferios cerebelosos.

Las cisternas de la base están respetadas, al igual que los pares craneales visible, alojados en ellas.

Supratentorialmente, observamos indemnidad del tercer ventrículo y de los laterales, que muestran posición, tamaño y morfología normales, sin evidenciarse tampoco anormalidades en ambos senos cavernosos ni en la región paraselar en su conjunto.

No existen alteraciones en ganglios basales, sustancia blanc ni en la gris cortical.

Los curcos meníngeos de la convexidad están respetados.

Impresión diagnóstica:

estudio de RM cerebral se puede considerar dentro de los límites de la normalidad".

VIII. En el mes de octubre de 2018, concretamente el día 24, solicito interconsulta del Hospital General de La Palma de fecha 24.10.2018, para que se forma urgente se me remite con Neurología, por parte del servicio de Oftalmología. En esa solicitud, se interesa la valoración de paciente con alteraciones campimétricas progresivas en ambos carrillos visuales y afectación de PEV desmielinizante mixta bilateral, alteraciones campimétricas y nervio óptico no tiene aspecto glaucomatoso, así como punción lumbar con medición de presión de salida de LCR para descartar hipertensión intracraneal benigna.

Además de lo anterior, se solicita a finales de año, el día 1 de diciembre de 2018, prueba Neurofisiológica, que concluye con las siguientes observaciones:

"Sigue igual con la cefalea y el trastomo visual que describe como bilateral y de predominio izquierdo. Comenta dolor ocular y que tiene presión alta ojo, dice que glaucoma. Sigue Tryptizol 25.

Analítica

RM cerebral, dentro de la normalidad.

PEV: sugestivo de afectación óptica bilateral de carácter desmielinizante e intensidad leve-moderada.

SARTD. Punción lumbar diagnostica: punción en decúbito lateral a nivel L3-L4 por línea media con aguda 19G de punta de Quincke paralela al plano sagital. Obtengo cuatro tubos con 3,3,3 y 4 ml que se entregan en laboratorio.

LCR cito-bioquímica urgente normal ADA negativo.

No se detectan bandas, aunque pendiente Tibling rang".

IX. A comienzos del 2019, se emite Informe médico del Servicio de Oftalmología del Hospital General de La Palma de fecha 27.03.2019, por control, con las siguientes observaciones:

"Citado para ver progresión en campimetrias, presenta disociación CV + OCT RNFL con mayor en CV (varía respecto al control de abril 2018) con nervio óptico no glaucomatoso, valorado por neuro y reumatología.

Tiene PEV afectación desmielinizante y RM sin hallazgos remarcables.

CV junio 2018 sin fallos DM 14. 6 (control abril 2017) escotoma anular OD DM 13.1 (control mayo 14. 4) escotomas anulares

Octubre 2018 sin fallos OS: DM 16. 8 escotoma anular OD: DM 15.1 escotoma anular sugerentes de HTIC, no parece daño glaucomatoso.

Campímetro roto desde Die 2018, gerencia avisada

Refiere evaluación en HUC (H. Universitario de Canarias) tras cirugía desprendimiento retina en os ala acta Seguiría con controles anuales, no aporta informes.

AP: DR en 012015 HUC

Padre glaucomatoso

Paquimetria OD: 548 OI: 556 micras

Gonioscopia OD: ángulo grado Schaffer con trabeculum pigmentado y procesos iridiados múltiples.

Disociación CV. OCT RNFL, parece estable en OCT pero CV varían entre controles, presenta PIO alta con tratamiento máximo en gotas.

No parece daño por glaucoma, parece HTO, con campimetria alteradas progresivamente hipertensión intracraneal benigna

Refiere ser valorado por Neurología, le pautan Edemox, no le han tomado presión de salida de líquido cefalorraquídeo, no veo cifras de presión intracraneal: LCR estudio negativo (LCR: líquido cefalorraquídeo.

Tiene ANA + 1:320 + anticuerpos anticentrómetro + HLA B 51 + en control y seguimiento por reumatología.

AV esc OD: 0.16 est nm 01: 0.1 est nm

Tap OD: 22 OI: 16mmHg. Ganfort/noche + simbrinza/ 12h

LHao: normal

Foao: papilas nítidas EP O.2 - O.1

OCT RNFL ao: CFN 89 micras afectación inferior marcada so, estable últimos 3 meses macular ao: buen perfil no edema grosor central 281 -278 micras

Plan:

Tiene campimetria con defectos anulares en ambos ojos.

Pendiente aún de saber presión intracraneal, remito a HUC para control y seguimiento por Oftalmología (DR en 01 y posiblemente afecto por ala acta y no tenemos campimetria desde diciembre 2018 y no sé cuándo tendremos) y Neurocirugía para valorar posible hipertensión intracraneal benigna.

X. Toda esta situación comienza a provocarme un trastorno de distimia, por lo que se me deriva a especialista para mejor valoración, siendo además, que con fecha de 06.11.2019 el INSS, dictamina que presento pérdida de agudeza visual binocular moderada, trastorno del nervio óptico de etiología idiopática, correspondiente a un grado de las limitaciones en las actividades de 32% y factores sociales complementarios de 4 puntos, habiendo solicitado actualmente una gran invalidez en procedimiento judicial. Actualmente, dado mi estado de salud, no existe terapia para mejorar mi visión, por el tratamiento prescrito en la relación de hechos.

XI. Este funcionamiento anormal del Servicio Canario de Salud, me ha ocasionado estos perjuicios irreparables, y todo a partir de que por el desprendimiento de retina por el que fui intervenido, no logrando entender el por qué de que no encontrasen la causa, mientras continuaba progresivamente perdiendo visión.

Y es que he pasado de ser una persona calmada y equilibrada a ser una persona que me cuesta controlar los nervios, salir a la calle porque no ve, generándome insomnio global con despertar precoz.

XII. El día 03.02.2020 soy intervenido, bajo anestesia general, por catéter proximal en sistema ventricular con salida de líquido incoloro y transparente, conectado a válvula programable. Catéter distal en plano peritoneal.

Tras esta intervención, a comienzos de año 2020, se emiten Informes médicos del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Canarias de fecha 20.02.2020 y fecha de alta 05.03.2020, con las siguientes observaciones:

"Motivo de ingreso:

Paciente varón de 46 años que ingresa de manera programada para registro de presión intracraneal y posible implante de válvula de derivación ventriculo-peritoneal.

Historia actual:

Paciente valorado en consultas externas de Neurocirugía con cuadro de visión progresiva durante los últimos 5 años, pero que se ha acelerado en los últimos meses. Presenta cefalea insidiosa y una perdida visual que actualmente le ha llevado a tener un resto visual del 10%"

Pruebas complementarias:

RM craneal-difusión, Angio-RM de polígono de Willis y Troncos supra aórticos: dentro de la normalidad.

RM de orbitas: no signos de neuritis óptica. Tras la administración de contraste, alteración morfológica del globo ocular izquierdo.

Punción lumbar: con una presión de apertura de 25cm H2O LCR con cultivo negativo y bioquímica normales.

Evolución y comentarios:

El paciente ingresa para realización de monitorización y registro de presión intracraneal con resultado claramente patológico. Dados los hallazgos, se procede al implante de derivación ventrículo peritoneal.

XIII.- Así pues, la no vigilancia, el no seguimiento de las crisis sintomatológicas con falta de visión que he padecido evolutivamente durante este periodo largo durante años de esta presión intracraneal no controlada, ha producido un perjuicio físico y psicológico desproporcionado, que, si se hubiese llegado a un diagnóstico a tiempo, y se hubiese realizado un tratamiento correctamente, los resultados no hubiesen sido tan graves y no habría sufrido una ceguera completa bilateral.

Durante todo este tiempo he sido examinado por el Servicio de Oftalmología, con falta de aparataje médico, sin recomendarse pese a esa falta de recurso, el ser trasladado a otro Hospital para ser valorado por otros especialistas a tiempo.

La responsabilidad ha derivado de la falta de diagnóstico y el no haber usado los medios adecuados para llegar a un diagnóstico de hipertensión intracraneal grave, progresiva, acabando con una ceguera y una gran invalidez hacia mi persona.

La Ley 44/2003 valora la culpa en las relaciones interprofesionales del trabajo de los equipos, los hospitales ya que establece dentro de los equipos profesionales la delegación de actuaciones que puedan producirse y dividiendo el trabajo vertical y horizontal de los mismos, no solo en un mismo hospital, si no, con otros hospitales.

XIV. - Que fruto de esta situación he sufrido pérdida de agudeza visual, con secuelas irreparables, trastornos psiquiátricos y psicológicos, perjuicios estéticos, daños morales por perjuicio psicofisico, así como por pérdida de calidad de vida, teniendo que precisar de ayuda en todo momento de mi entorno familiar, al verse limitada mi autonomía, además de perjuicios morales a mi entorno familiar (mujer e hijo).

(...)

En el presente caso, quien suscribe entiende que existe una infracción de la lex artis en la asistencia sanitaria proporcionada, de la que se deriva, en patente nexo de causalidad, el resultado dañoso producido y cuya indemnización se reclama».

2. A la vista de lo anteriormente expuesto, y entendiendo que concurren los requisitos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, el reclamante interesa el resarcimiento de los daños y perjuicios sufridos con ocasión de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de la Salud, señalando como cuantía indemnizatoria la cantidad de 341.780,49 euros.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito presentado en la oficina de Correos el día 26 de febrero de 2021 (...) promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria -oftalmológica- que le fue dispensada.

2. Tras aportar el interesado subsanación y mejora de su reclamación inicial, mediante Resolución de 12 de marzo de 2021, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación formulada y se solicitan los informes pertinentes y la historia clínica del afectado.

3. Con fecha 2 de octubre de 2023 el Servicio de Inspección y Prestaciones -en adelante, SIP- emite informe respecto a la reclamación extracontractual interpuesta, poniendo de manifiesto la prescripción de la acción resarcitoria planteada por el Sr. (...).

Asimismo, consta la emisión de informes médicos por parte de los Servicios de Oftalmología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (en lo sucesivo, HUC) -folio 118-; del Servicio de Neurocirugía del HUC -folios 120 y 121-; del Servicio de Oftalmología del Hospital General de La Palma -folios 122 a 130-: y del Servicio de Neurología del Hospital General de La Palma -folios 132 y 133-.

4. Con fecha 16 de noviembre de 2023 se dicta acuerdo probatorio por el que se incorporan -como prueba documental-, la historia clínica y los informes recabados por la Administración durante el periodo de instrucción, así como los dictámenes periciales aportados por el reclamante a las actuaciones.

Asimismo, y con idéntica fecha, se acuerda la apertura del preceptivo trámite de audiencia al interesado.

Las citadas resoluciones constan notificadas en legal forma al reclamante.

5. Con fecha 4 de diciembre de 2023 el interesado formula escrito de alegaciones, reiterando los argumentos -fácticos y jurídicos- esgrimidos en su escrito de reclamación inicial e interesando la estimación de la pretensión resarcitoria ejercitada.

6. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias (según se justifica en el Antecedente de Hecho cuarto de la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo), al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico *ex* art. 20.j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

7. Con fecha 13 de diciembre de 2023 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada por (...) al *« (...) haber prescrito su derecho a reclamar»*.

8. Mediante oficio de 15 de diciembre de 2023 (con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 18 de ese mismo mes y año), se solicita la evacuación del

dictamen del Consejo Consultivo de Canarias *ex* art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC.

IV

1. La Propuesta de Resolución analizada desestima la reclamación interpuesta por el interesado al haber prescrito su derecho a reclamar, de conformidad con lo dispuesto en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP.

Pues bien, respecto a la extemporaneidad de la acción resarcitoria interpuesta, procede formular las siguientes consideraciones jurídicas.

2. Tal y como plantea la Propuesta de Resolución, hemos de analizar si, de acuerdo con el art. 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar se ha ejercido pasado el 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 (Dictamen 596/2021, de 16 de diciembre, con cita del anterior Dictamen 285/2021, de 20 de mayo, entre otros), es preciso recordar que el Tribunal Supremo, en la Sentencia 588/2018, de 11 de abril de 2018, dispuso lo siguiente:

« (...) A fin de contextualizar debidamente el debate suscitado sobre la prescripción de la acción, procede reseñar la doctrina jurisprudencial sobre la materia, tal y como recoge, por citar una de las más recientes, la sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 (Recurso n.º 2099/2013, Ponente (...), Roj STS 2135/2015, FJ 2º), en la que se expresa lo siguiente:

"Cuando la sentencia recurrida aborda la cuestión de la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial cita con acierto la consolidada y reiterada doctrina jurisprudencial sobre la aplicación del principio de la actio nata, a cuyo tenor, en lo que ahora interesa, el dies a quo del plazo prescriptorio ha de situarse en la fecha en que se ha determinado el alcance de las secuelas, como se sigue del artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, momento en el que se entiende que el afectado tiene pleno conocimiento de las condiciones fácticas y jurídicas que pueden justificar una reclamación de esta naturaleza.

Ciertamente, la jurisprudencia de esta Sala (por todas, sentencia de 26 de febrero de 2013, dictada en el recurso de casación núm. 367/2011) distingue, en supuestos como el que nos ocupa, entre daños continuados, que no permiten conocer en el momento en que se

producen 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. (...)

.

Lo relevante, con independencia de la terminología, es determinar el momento en el que las manifestaciones esenciales de la enfermedad y las secuelas que ésta indefectiblemente acarrea pueden reputarse como efectivamente constatadas, de modo que los afectados puedan ya ejercitar su derecho a reclamar al considerarse completados los elementos fácticos y jurídicos que permiten deducir la acción».

En la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, el Alto Tribunal señaló lo siguiente:

« (...) 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)"».

Esta 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, -con independencia de que se traten de daños permanente o continuados- 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 del Tribunal Supremo de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, aun distinguiendo 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, establecen 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. Una vez examinado el expediente administrativo tramitado, se considera que la acción resarcitoria ejercitada por el perjudicado se ha de reputar que ha sido ejercitada dentro del plazo legal de un año prescrito en el art. 67.1 LPACAP.

En este sentido, la Propuesta de Resolución fija como *dies a quo* para el cómputo del plazo prescriptivo el día 23 de abril de 2019 y, en el mejor de los casos, el 23 de diciembre de 2019, en este sentido razona lo siguiente:

«El SIP, en informe de 2 de octubre de 2023, expone que el reclamante conoce la irreversibilidad de su afectación ocular desde abril de 2019, como afiliado a la O.N.C.E. con carácter permanente por pronóstico fehaciente de no existir mejoría. Ello consta en la exposición de los informes que aporta el propio interesado, concretamente en la documentación consultada para realizar informe pericial psicológico de 2020 (folio n.º 35).

Asimismo, se ratifica este hecho en certificado médico de 23 de diciembre de 2019 de facultativo especialista en oftalmología, donde se exponen los resultado de la exploración oftalmológica realizada al reclamante, se especifica su pertenencia a la O.N.C.E. y que no existe terapia para mejorar su visión (folio n.º 36).

El dies a quo, por tanto, que marca el inicio del cómputo del plazo para reclamar, se correspondería con el día en que le consta a esta Administración que conoce su situación definitiva y este día sería el 23 de abril de 2019, fecha en la que es aceptado en la O.N.C.E.

A mayor abundamiento, consta una fecha posterior, el 23 de diciembre del mismo año 2019, en la que por parte de facultativo especialista en Oftalmología se emite Certificado Médico Oficial declarando el alcance de la secuela».

Sin embargo, una vez analizado el expediente administrativo remitido, este Organismo consultivo no puede compartir los razonamientos expuestos en la Propuesta de Resolución. Y ello, por cuanto, no se puede perder de vista que la

causa de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial viene determinada por el diagnóstico tardío de hipertensión intracraneal al reclamante, que le causaba dolencias consistentes en cefaleas insidiosas y pérdida visual progresiva que le ha ocasionado que actualmente tenga un agudeza visual del 10%.

Sentado lo anterior, se ha de destacar que en el informe del Servicio de Neurocirugía se hace constar lo siguiente:

«Llevamos a cabo punción lumbar, con una presión de apertura de 25 cm H2C y LCR: con cultivo negativo y bioquímica dentro de los parámetros normales.

PLAN: Dada la rápida pérdida de visión y el riesgo inminente de ceguera, y con el diagnóstico de alta sospecha de hipertensión intracraneal benigna cursamos ingreso urgente para monitorización de la PIC y de ser necesaria derivación ventrículo-peritoneal.

El día 03-03-20 es intervenido quirúrgicamente, practicándose derivación de ventrículo peritoneal con válvula programable, procedimiento que cursa sin incidencias.

Tras el alta el paciente ha presentado una buena evolución clínica. Remitiendo de forma importante sus cefaleas y consiguiéndose una estabilización del deterioro visual, según el mismo refiere».

Pese a que el informe del Servicio de Neurocirugía no lo recoge, en el historial médico obrante en el expediente consta que cursó alta por esta intervención el día 5 de marzo de 2020. Y es esta fecha la que se ha de tener como inicio del cómputo del plazo de prescripción, pues tal como se pone de manifiesto en el referido informe la enfermedad que padecía el reclamante no solo no se encontraba diagnosticada, sino que ni tan siquiera estaba estabilizada, pues el reclamante seguía con dolores y con pérdida progresiva de visión, estabilización de la enfermedad y, por tanto, de su alcance, que se vino a lograr con la intervención quirúrgica de la que fue dado de alta el día 5 de marzo de 2020, tal como consta en el informe del Servicio de Neurocirugía: «*Remitiendo de forma importante sus cefaleas y consiguiéndose una estabilización del deterioro visual, según el mismo refiere».*

Asimismo, en el informe pericial emitido por el Dr. (...) se expone:

« (...) En los controles sucesivos, cada vez aumenta, no solamente problema de visión, si no que se acompaña de cefaleas, vómitos, que desde el principio indican que se puede tratar de un síndrome producido por hipertensión craneal benigna o psedotumor craneal.

Su tratamiento es diurético y antiedemas cerebrales, acompañados de cirugía que puede ser tanto, como descompresión del nervio óptivo por vía craneal, derivación ventricular por la hipertensión de líquido cefalorraquídeo, descomprensión endoscópica transnasal del nervio

óptico para la defenestración de las vainas del nervio óptico, siendo una de las más "agradecidas" la defenestración del nervio óptico por vía nasal.

Toda lesión nerviosa en el momento que no se soluciona rápidamente, impide la recuperación de cualquier nervio afectado, y más del nervio óptico que es una continuación del tejido cerebral.

Por lo tanto, el enlentecimiento en el diagnóstico de la hipertensión intracraneal benigna, pudiendo ser por varias causas, como por ejemplo estenosis de senos sigmoideos, hoy en día pudiéndolo solucionar con stents y el enlentecimiento en buscar una solución quirúrgica, produce lesiones irreversibles, con grandes secuelas.

(...)

En febrero de 2020, finalmente se le coloca una válvula ventrículo peritoneal, para intentar mejorar su sintomatología de cefaleas nauseas e intentar frenar su ceguera bilateral. A fecha de la intervención, presenta una agudeza visual del 10%.

Se tarda tanto en llegar a un diagnóstico, que es muy difícil revertir el proceso de la presión intracraneal, no habiendo cambios tras la cirugía y más adelante se realizan pruebas angiográficas para comprobar que no haya estenosis en los senos cerebrales (reflujo cerebral). (...) ».

Pues bien, a la vista de lo expuesto, no es hasta el 5 de marzo de 2020 cuando queda determinado el alcance de las lesiones padecidas por el reclamante, fecha en la que, por un lado, se le diagnostica definitivamente de que no va a mejorar de las secuelas que le ha provocado la hipertensión intracraneal; y por otro, se produce la estabilización definitiva de tales lesiones, evitando la progresión de la enfermedad, siendo este el momento en que el interesado adquiere cabal y perfecto conocimiento de la transcendencia y del mal que padece. Sin que, de otra parte, pueda entenderse que las sucesivas visitas de control no responden a la agravación o aparición de padecimientos distintos de los previstos al establecer el alcance de los mismos y sus secuelas, más bien al contrario, del historial médico del interesado se desprende que las sucesivas visitas a los distintos servicios (oftalmología, neurocirugía, neurología (...)) respondían a la progresiva agravación de los síntomas que desde el año 2015 sufría el reclamante.

Así pues, y a la vista de lo expuesto anteriormente, procede concluir que la reclamación interpuesta por el perjudicado con fecha 26 de febrero de 2021 no es extemporánea, al haberse interpuesto dentro del plazo de un año previsto en el art. 67.1, párrafo primero de la LPACAP para el ejercicio de la acción resarcitoria.

4. Sentado lo anterior, procedería, a continuación, entrar a analizar si en el caso que nos ocupa ha existido una actuación contraria a la *lex artis ad hoc.*

Ahora bien, con carácter previo al análisis de dicha cuestión de fondo, y, por ende, del examen de la concurrencia de los presupuestos sobre los que se asienta la declaración de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, resulta necesario efectuar una serie de consideraciones respecto a la tramitación del presente procedimiento administrativo.

Y es que, a la vista de la documentación remitida a este Consejo Consultivo, se constata la incompleta tramitación del procedimiento administrativo de referencia, lo que impide la emisión de un juicio de adecuación jurídica respecto al tema de fondo.

En efecto, a pesar de que el órgano instructor da por concluida la instrucción del procedimiento administrativo y formula la correspondiente Propuesta de Resolución, lo cierto es que no figura en el expediente administrativo la evacuación por el SIP de un informe en cuyo contenido -expositivo/explicativo-, se proceda al análisis de conjunto de la actuación médica practicada -a la luz de la *lex artis ad hoc*- y de las conclusiones alcanzadas en él a la vista del previo examen de la historia clínica del paciente y de los informes emitidos por los servicios médicos implicados en la atención dispensada a este. Documento que, si bien no es preceptivo en cuanto a su emisión, sí resulta de especial relevancia a la hora de que el órgano instructor pueda formar su criterio respecto al fondo del asunto analizado (art. 79 LPACAP), lo que unido a la falta de conocimientos técnicos y/o médicos por parte de los miembros de este Consejo Consultivo de Canarias, determinan la necesidad de que tal documento sea evacuado a fin de contar con los elementos de juicio suficientes como para poder formarnos una razonable convicción respecto al fondo de la reclamación interpuesta (y poder valorar adecuadamente los diversos instrumentos de prueba que obran en las actuaciones).

Por lo demás, téngase en cuenta que el informe a que se contrae el acuerdo probatorio es el emitido por el SIP en relación con la extemporaneidad de la acción resarcitoria planteada, esto es, respecto a la prescripción de la acción, y no acerca del fondo de la pretensión indemnizatoria suscitada por el reclamante (que es la cuestión por analizar en este concreto momento procedimental).

En consecuencia, la constatación de dicha deficiencia procedimental impide considerar que el expediente se haya tramitado correctamente desde el punto de vista jurídico-formal, motivo por el que este Consejo Consultivo no puede analizar y,

en última instancia, dictaminar convenientemente respecto al fondo del asunto que ha sido sometido a su consideración.

5. Es por todo ello que procede retrotraer las actuaciones al objeto de que se recabe el informe del SIP en los términos interesados por el órgano instructor en su solicitud de 12 de marzo de 2021.

Una vez cumplimentado el trámite anterior, y otorgada vista y audiencia al interesado, se formulará una nueva Propuesta de resolución, que se remitirá ulteriormente a este Consejo Consultivo para la emisión del dictamen preceptivo a que se refieren los arts. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se entiende que no es conforme a Derecho, debiéndose retrotraer las actuaciones a los fines indicados en el Fundamento IV del presente Dictamen.