Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 7 4 1 / 2 0 2 4

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 19 de diciembre 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. 701/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente 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 que asciende a la cantidad de 1.205.505, 46 € -folio 746-. 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. de León Marrero.**

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, letra 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. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción (art. 67.1 LPACAP), tal y como se razonaba en el Dictamen 56/2024 de 25 de enero -dictado con ocasión del análisis de la prescripción de la acción en el presente asunto- y como más adelante se expondrá.

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, apartado 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 C. 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/ 10, 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 visibles, 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 blanca 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 de 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 campos 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 transtorno 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 aguja 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 Jallo os 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 Dic 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 campimetría 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, sino 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 psicofísico, 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 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.

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 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 emite el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en el Antecedente de Hecho quinto 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, letra 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 LCC.

9. Con fecha 25 de enero de 2024 se emite Dictamen 56/2024, de este Consejo Consultivo de Canarias, en el que se ordena retrotraer las actuaciones en los siguientes términos:

«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 resultados 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 una 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, sino 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 óptico 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 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».

10. Con fecha 24 de septiembre de 2024 el SIP emite informe relativo a la asistencia sanitaria prestada al paciente, apreciando la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Todo ello sobre la base de la relación de hechos que se expone a continuación:

«1.- El día 24 de febrero de 2015 (...) acudiría a su Centro de Salud en los Llanos de Aridane de La Palma por presentar una semana atrás y tras hacer esfuerzo, un episodio de amaurosis fugaz (pérdida temporal de la visión causada por la disminución del flujo sanguíneo a la retina) en ambos ojos pero con predominio en el ojo izquierdo (OI) y que empeoraba desde el día anterior. En este sentido se derivó de forma urgente al hospital de referencia por sospecha de desprendimiento de retina.

2.- El día 25 de febrero 2015 se inició proceso de incapacidad temporal con el diagnóstico de Desprendimiento de Retina (es cuando la retina se separa de la parte posterior del ojo) según consta en el historial de atención primaria.

3.- El día 9 de marzo 2015 el paciente es diagnosticado con Desprendimiento de Retina, siendo trasladado y admitido su caso para valoración por El Servicio de Oftalmología del Complejo Universitario Hospitalario de Canarias (CHUC).

4.- El día 10 de marzo de 2015 el Servicio de Oftalmología del CHUC realizaría al paciente previa firma de consentimiento informado y valoración pre-anestésica una cirugía clásica de desprendimiento de retina en ojo izquierdo que consistió en la realización de un cerclaje de 2.5, a 13 mm, con tensión de 8 mm y cierre nasal inferior, esclerectomía de drenaje y para finalizar se dio tratamiento con láser y criopexia. (utilización del frío para la corrección del defecto ocular), sin incidencias.

5.- El día 12 de marzo de 2015 se evidenció en la valoración que la cicatriz quirúrgica evolucionaba favorablemente por lo que se indicó la alta médica por el Servicio de Oftalmología del CHUC con recomendaciones de cuidado, las cuales se le transfirieron a su mujer.

6.- El día 20 de abril de 2015 a las 18:58 horas (...) acudiría a consulta de seguimiento por Consultas Externas (CEX) del Servicio de Oftalmología (OFT) del HGLP en donde resalta la siguiente valoración;

"Agudeza visual con su corrección (AVcsc) OD: 0,9 DIF OI: 0,7. Tonometría de aplanación OD: 25 OI 29 mmHg. Polo anterior de ambos ojos: fáquico, con punto". En esta consulta, se prescribió tratamiento con Gentadexa ® (corticoides y antibióticos) colirio, en pauta descendente y Azarga® colirio 1 gota cada 12 horas en ojo izquierdo, citándose a control en un mes.

7.- El día 19 de mayo 2015 a las 20:10 horas se efectuaría nueva exploración en CEX-OFT del HGDLP con la siguiente descripción:

"Tonometría 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 vítreo posterior, retina aplicada y cerclaje correcto. Se mantiene tratamiento con Azarga ® ojo izquierdo y se citó a control en noviembre de ese mismo año.

8.- El día 4 de noviembre de 2015 a las 13:49 acudiría a consulta de revisión en CEX-OFT del CHUC y se describió:

"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. No tracción, ni vítreo, ni agujeros OI: desprendimiento vítreo posterior, retina aplicada y cerclaje correcto"

Por lo que se mantuvo el tratamiento con Azarga ® (tratamiento para la hipertensión ocular), En ojo izquierdo y se dio cita para control anual con campimetría. (prueba para detectar problemas o alteraciones en el campo visual).

9.- El día 11 de diciembre de 2015 a las 09:50 horas (...) acudiría al Servicio de Urgencias del HGDLP por presentar disminución de agudeza visual en ojo izquierdo (OI) con miodesopsias (moscas volantes), debido al contexto se solicitó valoración por el equipo de Oftalmología quienes realizarían examen físico con fondo de ojo el cual concluyó con los siguientes resultados: cerclaje evidente, sin hemorragias ni agujeros o desgarros ni áreas de desprendimiento de retina en ojo izquierdo.

Por lo que se indicó el alta médica, haciendo recomendaciones de reposo relativo sin esfuerzos físicos ni movilidad brusca de cabeza.

10.- El día 28 de diciembre de 2015 a las 14:44 horas acudiría por consultas externas de Oftalmología (CEXT-OFT) del HGLP en donde se realizó examen físico oftalmológico sistemático de seguimiento y se confirmó que existía desprendimiento de vítreo posterior bilateral con sospecha de glaucoma de ángulo abierto, que ya estaría en tratamiento con Azarga ®.

Posteriormente el día 3 de febrero de 2016 a las 14:42 horas se realizarían pruebas de seguimiento y campimetría ocular en donde se diagnosticó miopía de ambos ojos, usuario de gafas.

11.- El día 4 de febrero de 2016 a las 13:12 horas se discutieron los resultados de la campimetría con el facultativo especialista de área en oftalmología quien indicó mantener el tratamiento con Azarga® y control en 6 meses.

Permanece 451 días de incapacidad temporal desde el 25.02.15 hasta el 20.05.16 siendo declarado en invalidez permanente absoluta por el INSS desde ese momento.

12.- El día 28 de septiembre de 2016 a las 16:39 horas acudiría al Servicio de Urgencias del Hospital General de la Palma presentando dolor ocular izquierdo intenso, punzante y continuo irradiado los senos frontales y zona maxilar del mismo lado, negaba para esa visita la pérdida de visión.

Para este momento se realizarían de forma sistemática exploración física y neurológica concluyendo que todo estaba dentro de límites normales y se remitió al Servicio de Oftalmología de forma preferente, dando posteriormente el alta médica.

13.- El día 18 de noviembre de 2016 a las 09: 19 horas habiendo trascurrido un mes aproximadamente el paciente acudiría a CEX-OFT por dolor ocular izquierdo, en este caso nuevamente se realizaría examen físico oftalmológico sistemático en donde se apareció el signo de Tyndall leve concluyendo que debía mantener el tratamiento con Azarga ® y se indicó cita para control en 6 meses.

14.- El día 1 de febrero de 2017 acude a la consulta de la Trabajadora Social de su Zona Básica de Salud con la documentación para la solicitud del grado de discapacidad.

Posteriormente los días 17 de mayo de 2017 y 1 de junio de 2017 el paciente vuelve a consultar al Servicio de Oftalmología por:

"Dolor retro-ocular izquierdo tipo punzada, de intensidad 6/10, 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".

Por lo que en este contexto se solicitó Interconsulta y Valoración por el Servicio de Neurología.

15.- El día 5 de junio de 2017 no acudió a consulta de control en CEX-OFT.

16.- El día 12 de junio de 2017 a las 13:43 horas el paciente sería valorado en Consulta Externa de Neurología (CEX-NRL) del HGDLP quienes solicitaron a su vez una TC craneal por sospecha de cefalea tensional. Ésta se realizaría el día 20 de junio de 2017 y concluyó que no existían alteraciones patológicas.

Además, durante esta visita se iniciaría el tratamiento con Tryptizol ® (amitriptilina, fármaco que se usa para el tratamiento de la cefalea).

17.- El día 21 de junio de 2017 a las 11:10 horas es valorado nuevamente en CEX-NRL del HGLP en donde se valoraron los resultados de la TC, se mantuvo la terapia con Tryptizol y se dio cita sucesiva.

18.- El día 14 de diciembre de 2017 acude a control evolutivo en CEX-OFT del HGLP en donde en tratamiento con Tryptizol ®, Ducokop ® (Estos medicamentos disminuyen la presión

en el ojo de distintas maneras), Monoprost ®(Actúa aumentando el flujo natural de líquido desde el interior del ojo al torrente sanguíneo).

Se llevaría a cabo entonces examen físico oftalmológico sistemático con OCT, concluyendo que no había mejoría por lo que se rotó la medicación y se recomendó Ganfort® (medicamento para reducción de presión intra-ocular) y Simbrinza® (medicamento para reducción de presión intra-ocular) y finalmente se dio cita para dentro de 3 días.

19.- El día 17 de diciembre de 2017 acudiría nuevamente a CEX-OFT del HGDLP para medición de presión intraocular, graduación y gonioscopia (valora la zona de donde sale el líquido del ojo (llamada ángulo de drenaje) si se encuentra abierta o cerrada resultando todos los valores dentro de límites normales por lo que se mantuvo el tratamiento con los hipotensores, se entregó la graduación para realizar control dentro de 6 meses.

20.- El día 23 de febrero de 2018 a las 10:27 horas el paciente sería valorado en CEX-NRL del HGDLP por cefalea retro-ocular refractaria a tratamiento, persistiendo los defectos en el campo de visión, debido a la clínica del paciente y a la impresión diagnóstica de padecer glaucoma versus neuropatía óptica bilateral se solicitó la realización de potenciales evocados y resonancia magnética nuclear cerebral (RM).

21.- EL día 26 de febrero de 2018 solicitaría el Servicio de Oftalmología del HGDLP un estudio electro-fisiológico para la valoración de nervio óptico.

Consta en anotaciones de consulta de 23.02.18 de Atención primaria que realiza consultas con oftalmólogo privado. No se ha aportado documentación.

22.- El día 10 abril de 2018 se emiten los resultados del estudio electro-fisiológico el cual concluye: "Estudio Neurofisiológico sugestivo de una afectación óptica, bilateral, de carácter desmielinizante e intensa leve-moderada".

23.- El día 16 de abril de 2018 a las 13:31 horas el paciente acudiría nuevamente a control en CEX-OFT del HGDLP en donde se realizaría examen físico oftalmológico sistemático en donde presentó una OCT y Campimetría alteradas por lo que se concluyó que mantenía la presión intra-ocular elevada manejando dosis máximas de tratamiento tópico.

Por esta razón y bajo la sospecha de PIC elevada se inició tratamiento con Edemox® sistémico: acetazolamida, medicamento que disminuye la producción de LCR tratamiento de la hipertensión intracraneal benigna HICB. Durante esta visita también se firmaría el consentimiento informado de la cirugía de Glaucoma previendo el escenario de que la medicación no surtiera efecto.

24.- El día 20 de abril de 2018 se solicitó de manera urgente interconsulta con El Servicio de Neurología por parte del Servicio de Oftalmología. Por alteraciones campimétricas y nervio óptico sin aspecto glaucomatoso, por lo que se solicitó punción lumbar con medición de la presión de salida del LCR para descartar hipertensión intracraneal benigna.

25.- El día 18 de mayo de 2018 se realiza una RNM del Centro Médico (...) la cual concluye:

"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 B. ni en la gris cortical. Los surcos meníngeos de la convexidad están respetados. Impresión diagnóstica: estudio de RM cerebral se puede considerar dentro de los límites de la normalidad".

26.- El día 6 de junio de 2018 a las 11:05 horas el paciente acudiría nuevamente a CEX-OFT en donde le practicaría examen físico oftalmológico sistemático, la OCT resultaría con alteración severa y se concluyó que padecía hipertensión ocular con campimetría alterada. Por lo que se dio una nueva cita de control para realización de OCT y campimetría para controlar la evolución de la enfermedad.

27.- El día 2 de agosto de 2018 a las 15:32 horas el paciente sería valorado en CEX-NRL quienes discutieron los resultados de la RM previamente solicitada la cual concluyó resultados normales, por otro lado también fueron objeto de revisión los resultados de los PEV que concluyeron que existía una afectación de ambos nervios ópticos de carácter desmielinizante. Por lo que se solicitó analítica complementaria para este tipo de diagnóstico.

28.- El día 3 de octubre de 2018 a las 17:47 horas el paciente acudiría nuevamente a valoración en CEX-NRL en donde refirió que el dolor había vuelto. También se discutieron los resultados de la analítica específica que resultó con anticuerpos anti-centrómeros positivos (resultados vinculados a la esclerodermia) por lo que se solicitó valoración por el Servicio de Reumatología del HGDLP.

29.- El día 24 de octubre de 2018 el Servicio de Oftalmología realiza interconsulta al Servicio de Neurología nuevamente con carácter urgente. En esa solicitud, se hace énfasis en que es un paciente con campimetrías alteradas y con diagnóstico de Neuropatía Desmielinizante de ambos nervios ópticos, por lo que se solicitaría una prueba de punción lumbar con medición de presión de salida de LCR para descartar hipertensión intracraneal benigna.*

El paciente debía seguir con el mismo tratamiento y sería citado nuevamente para discutir los resultados.

** Medición de la presión de salida del LCR: prueba que se caracteriza por realizar una punción lumbar y posteriormente se mide la presión con la que sale el líquido cefalorraquídeo para determinar junto con otros factores la presencia de presión intracraneal elevada.*

30.- El día 27 de octubre de 2018 a las 10:56 horas el paciente es valorado en CEX-NRL quienes realizaron examen neurológico en contexto de cefalea con afectación visual y afectación campimétrica. Resultando éste normal por lo que se solicitó el protocolo de punción lumbar para neuritis desmielinizante sin sugerir que la enfermedad pudiera ser sistémica.

31.- EL día 14 de noviembre de 2018 a las 10:25 horas sería valorado en consulta evolutiva de CEX-NRL en donde se firmaron peticiones para estudio del líquido cefalorraquídeo y despistaje de enfermedad desmielinizante.

32.- EL día 15 de noviembre de 2018 a las 13:07 horas se llevaría a cabo la punción lumbar diagnóstica, procedimiento con observación posterior sin incidencias por lo que se indicó el alta con recomendaciones domiciliarias.

33.- El día 1 de diciembre de 2018 a las 14:54 horas es valorado nuevamente por CEX-NRL del HGDLP refiriendo que continuaba con cefaleas y trastornos visuales. Tras realizar examen neurológico se reciben los resultados del estudio del LCR los cuales concluyeron dentro de la normalidad. Por lo que se decidió suspender el Tryptizol.

*34.- El día 3 de diciembre de 2018 a las 12:50 horas persistiendo todavía los síntomas de dolor ocular intenso y presión a predominio izquierdo, se realizaría estudio electro-fisiológico el cual impresionó con los siguiente resultados: *PEV: sugestivo de afectación óptica bilateral de carácter desmielinizante e intensidad leve-moderada"*

**Los potenciales evocados visuales (PEV) son pruebas diagnósticas que analizan la respuesta cerebral provocada por estímulos visuales y valoran el estado funcional del sistema visual.*

También se emitirían los resultados de la Punción Lumbar realizada el 15.11.18:

"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".

Quedaría entonces pendiente saber los valores de la presión intracraneal, por lo que se realizó nueva interconsulta y se le indicó al paciente que mantuviera el mismo tratamiento. Citándose a control para realizar nueva campimetría.

35.- El día 2 de marzo de 2019 a las 14:45 horas el paciente acudiría a control por CEX-NRL en donde refirió seguir con el dolor de cabeza y los trastornos visuales. Por lo que se recomendó seguir con Edemox bajo la sospecha de HICB.

36.- El día 27 de marzo de 2019 se emite un informe tras consulta de seguimiento por el Servicio de Oftalmología HGLDP en el contexto de PEV afectación desmielinizante y RMN sin hallazgos remarcables, en cual se mencionan alteraciones importantes en la campimetría de origen posiblemente de hipertensión y no glaucomatoso. Las papilas del nervio óptico siempre se han mantenido dentro de límites normales.

Se hace referencia también a que aún no se contaba con cifras de presión de apertura del LCR por lo que se decide remitir al CHUC para control y seguimiento por los Servicios de Oftalmología y Neurocirugía. Igualmente durante esta visita se hace referencia que el paciente ya estaría en tratamiento con Edemox, el que sería el tratamiento de la HICB.

37.- Con independencia del origen del proceso clínico, desde el día 23 de abril de 2019 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 interesado.

Consta en consulta de Reumatología del 28 de mayo de 2019 del CHUC "Visto por Neurólogo privado, pendiente de RM de hipófisis". No se ha aportado documentación.

38.- El día 19 de junio de 2019 es valorado por el Servicio de Salud Mental del HGDLP quienes diagnosticaron que paciente tenía distimia, elevando su valoración a otro especialista.

39.- El día 11 de enero de 2019 por Servicios sociales en resolución de discapacidad dictaminó que (...) presenta 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. 36% Definitivo.

40.- El día 27 de noviembre de 2019 a las 10:02 horas acudiría a consulta de control por CEX- NRL en donde tras entrevista se concluyó que el paciente cursa con neuropatía óptica bilateral a estudio por lo que se mantuvo el mismo tratamiento y se agregó Topamax® (medicación para la migraña y para reducir la presión intracraneal). Y se daría cita de revisión para dentro de 6 meses.

41.- El día 13 de febrero de 2020 a las 11:09 horas se realizaría la Punción Lumbar (PL). a Cargo del Servicio de Neurocirugía del CHUC. Para hacer valoración de la Presión de apertura del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) con resultado de 25 cm de agua. Por lo que se requeriría ampliar estudio con el test de Katzman que se usa para diagnosticar hidrocefalia crónica y realización de cultivo.

42.- El día 17 de febrero de 2020 se emitiría informe del Servicio de Salud Mental de La Palma en donde tras entrevista se concluyó que estaba estable al conocer el origen de su patología y a la espera de intervención quirúrgica.

43.- El día 20 de febrero de 2020 el paciente es ingresado a cargo del Servicio de Neurocirugía de forma programada en CHUC dados los hallazgos de la PL, en este caso no siendo aún concluyente dado que persiste la alta sospecha de hipertensión intracraneal para colocar el 21 de febrero en quirófano sensor intracraneal para monitorización y registro de presión intracraneal durante 48 h que resultó patológico.

44.- El día 3 de marzo de 2020 el paciente es llevado a quirófano por el Servicio de Neurocirugía quienes previa valoración pre-anestésica y firma de consentimiento informado posicionan un catéter proximal y distal para la instalación de una válvula de derivación ventrículo-peritoneal para así poder drenar el exceso de líquido cefalorraquídeo que se encuentra en el espacio encefálico hacia otra parte del cuerpo. Esto evitaría que la presión se acumule en el cerebro.

45.- El día 5 de marzo de 2020 se realizó control por imágenes con TC pos-cirugía y debido a su buena recuperación se indicó alta médica con recomendaciones generales y medicación oral para el dolor.

46.- El día 26 de mayo de 2020 es llevado nuevamente a mesa operatoria a cargo del Servicio de Oftalmología del CHUC para practicar vitrectomía para resolver nuevamente desprendimiento de retina amplio en este caso en el ojo derecho (OD), lo cual se llevaría a cabo sin incidencias.

47.- El día 17 de julio de 2020 el paciente es llevado a mesa de operaciones en centro privado en Barcelona (Instituto de Microcirugía ocular) con diagnóstico de desprendimiento de retina bulloso para practicar en el ojo derecho cirugía escleral y vitrectomía sin incidencias.

48.- El día 25 de noviembre de 2020 a las 10:21 horas acudiría a control en CEX-NRL del HGDLP en donde se diagnosticaría con atrofia de ambos nervios ópticos indicando en el plan terapéutico hacer la retirada del topiramato persistiendo en la pauta de Edemox®, medicación que toma de forma indefinida según consta en su plan terapéutico actualizado para la fecha de elaboración de este informe.

49.- Finalmente, el día 29 de diciembre de 2020 el equipo de Salud Mental lo declara asintomático de la esfera afectiva, condición que se mantiene y se confirma en la cita de revisión del 2 de marzo de 2021».

11. Con fecha 14 de octubre de 2024 se emite *«propuesta de resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud por la que se acuerda la suspensión del procedimiento general y la iniciación del procedimiento simplificado (ERP n.º 32/21)»*. Documento que consta debidamente notificado al interesado.

12. Con fecha 22 de octubre de 2024 el reclamante formula escrito de alegaciones en el que, tras manifestar su disconformidad con las cantidades señaladas por la Administración sanitaria, procede a cuantificar el importe de la indemnización pretendida.

13. Con fecha 4 de noviembre de 2024 se emite la correspondiente Propuesta de Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, por la que se estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por (...).

14. Mediante oficio de 8 de noviembre de 2024 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el día 11 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCC].

IV

1. Una vez examinado el expediente administrativo tramitado, se entiende que la Propuesta de Resolución sometida a la consideración de este Organismo consultivo es conforme a Derecho, debiendo apreciarse en el presente caso la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Tal y como indica el órgano instructor en la Propuesta de Resolución, los hechos que motivan la reclamación quedan acreditados con el informe del SIP, en el que se formulan las siguientes conclusiones [folios 712 y ss., y 771 y ss. -art. 88.6 LPACAP-]:

«CONCLUSIONES

1.- EL diagnostico primario de desprendimiento de retina de ojo izquierdo fue acertado y tratado de forma correcta por el Servicio de Oftalmología del CHUC, hecho que se sustenta en la actuación del mes de marzo de 2015 cuando el paciente es llevado a quirófano de forma urgente después de que presentó los primeros síntomas sugestivos de desprendimiento de retina, brindando al paciente la mejor técnica de vanguardia que podría ofrecer la ciencia médica para ese tipo de diagnóstico.

2.- De la correcta actuación del equipo del Servicio de Urgencias del HGDLP en el abordaje del dolor ocular con los antecedentes del paciente, que se puede evidenciar en el despliegue de medios profesionales y físicos para calmar su dolencia. En este sentido desde su primera visita por dolor ocular izquierdo en diciembre de 2015 por disminución de agudeza visual o en la visita de septiembre de septiembre 2016 por cefalea se puede denotar el interés por equipo médico en resolver la situación clínica, quienes teniendo en cuenta sus antecedentes oculares deciden derivar al paciente con carácter preferente por consulta

externas de oftalmología, procediendo en cada visita a urgencias a realizar una buena anamnesis y siendo valorado físicamente en donde nunca impresionarían signos de focalidad neurológica, al ser explorados cada unos de los pares craneales, entre ellos el nervio óptico, sin evidencia de patología al no tener edema de papila.

3.- Indicaron medicación vía oral durante su primera visita y vía endovenosa durante la segunda visita para tratar el dolor agudo, práctica acorde a los manuales y protocolos de urgencias, con mejoría de los síntomas por lo que luego se dio el alta médica en ambas oportunidades pero con la indicación de valoración y seguimiento por el servicio de Oftalmología como es el bien hacer cuando se presentan defectos en la visión.

4.- El equipo médico del Servicio de Oftalmología del HGLP y del CHUC también ofrecieron al paciente todos los medios posibles para el diagnóstico correcto y el tratamiento oportuno de la enfermedad de (...) Resaltan valoraciones continuadas desde el año 2015 hasta el año 2020 en donde en cada una de las visitas de seguimiento se realizaría examen físico oftalmológico sistemático que consistiría en inspección ocular, medición de la agudeza visual, fondo de ojo y Tonometría. También se harían varias campimetrías y OCT por ejemplo en septiembre de 2017 y también durante abril y junio de 2018 las cuales llegaron a resultar patológicas y debido a estos hallazgos se realizaron las interconsultas oportunas con el Servicio Neurología con el objetivo de descartar enfermedad neurológica subyacente.

5.- El paciente fue subsidiario de 2 cirugías oculares a cargo del Servicio de Oftalmología del CHUC por desprendimiento de retina del ojo izquierdo en 2015 y del ojo derecho en 2020 las cuales se realizaron sin incidencias.

6.- Se brindó tratamiento farmacológico de carácter oftálmico de vanguardia y siempre ajustado a la realidad diagnóstica del paciente, tras las cirugías se indicarían antibióticos y corticoides (2015 y 2020) y en las demás visitas sucesivas se indicaron gotas con brinzolamida, bimatoprost y timolol, fármacos que se usa para reducir la presión intraocular.

7.- El abordaje del paciente fue multidisciplinar ya que también fue valorado conjuntamente con el Servicio de Neurología del HGLP desde el mes de mayo de 2017 cuando debido a la clínica de cefalea que presentaba solicitarían pruebas complementarias de imágenes tipo TC las cuales resultaron normales. No obstante indicaron medicación oral específica para el tratamiento del dolor de cabeza.

8.-La valoración por el Servicio de Neurología del HGDLP seguiría en febrero de 2018 y debido a la persistencia de los síntomas se solicitarían pruebas complementarias tipo Potenciales Evocados PEV y Resonancia Magnética RM en abril de 2018 y mayo de 2018 respectivamente con el objetivo de definir la etiología de la clínica que presentaba el paciente.

9.- Todas las pruebas de imágenes solicitadas tanto la TC como la RM concluyeron con resultados normales sin dilatación de ventrículos ni signos imagenológicos de HICB.

(...)

10.- En este caso la exploración oftalmológica del nervio óptico también resultaría normal en todo momento al evidenciarse unas papilas ópticas dentro de límites normales. Lo que no aportaba evidencia que favoreciera el diagnóstico de HICB.

11.- Este tipo de patología, también conocido como pseudo-tumor cerebral supone un reto para el diagnóstico médico ya que es una enfermedad caracterizada por un incremento de la presión intracraneal no atribuible a masas cerebrales o a alteraciones estructurales focales, con composición normal del líquido cefalorraquídeo. En estudios imagenológicos pueden observarse ventrículos normales como lo es en este caso.

12.- El resultado de los PEV concluyó que había afectación neurológica por lo que el Servicio de Neurología solicitó el estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) en octubre de 2018 con carácter preferente mediante punción lumbar (PL) con protocolo de enfermedad desmielinizante (examen de sangre de combinados de proteínas para descartar esclerosis múltiple entre otras enfermedades).

13.- Los resultados de la PL se discutieron en Consulta Externa de Neurología en diciembre de 2018 concluyendo que eran normales pero que faltaba la medición de la presión de salida del LCR.

14.- El Paciente recibió desde abril de 2018 el tratamiento farmacológico de HICB basado en Edemox® (acetazolamida) sistémico indicado de forma empírica por el Servicio de Oftalmología bajo la sospecha de hipertensión intracraneal benigna (HICB). Hay que tener en cuenta que este es el fármaco de elección para el tratamiento sistémico de la HICB, pues se reconoce como válido por las diversas guías de práctica clínica y terapéuticas.

(...)

15.- El paciente mantiene actualmente la terapia farmacológica con Edemox ® oral según consta en su plan terapéutico actualizado siendo su última dispensación el día 21 de agosto del año corriente.

16.- En noviembre de 2019 el Servicio de Neurología del HGDLP agregó al plan terapéutico del paciente topiramato; fármaco de elección para el tratamiento de la epilepsia y de la presión intracraneal elevada al igual que el Edemox ®.

17.-El Servicio de Neurocirugía del CHUC realizaría PL el 13 de febrero de 2020 para estudio de LCR midiendo la presión de apertura del LCR y pese a que la medición de ésta es esencial para el diagnóstico de la hipertensión intracraneal idiopática. La prueba arrojó para el paciente como resultado 25 cm de agua (H2O). Diferentes autores como Costerus JM,

Browser MC, van de Beek D para Lancet Neurología 2018 concluyen que hasta 25 cm de H2O se puede considerar normal.

(...)

18.- La presión de apertura del LCR se encontraba en su límite superior (25mmHg) en febrero de 2020 por lo que no se puede asegurar que de haberse medido ésta antes podría resultar patológica.

19.- Las cifras de presión de apertura del LCR no fueron concluyentes y el paciente no mejoraba por lo que el Servicio de Neurocirugía del CHUC decidió solicitar mediante la instalación de un sensor monitoreo continuo de la presión intracraneal, lo que está indicado cuando se sospecha la existencia de hidrocefalia crónica del adulto, resultando este último alterado por lo que se propuso poner una derivación ventrículo-peritoneal que se encargaría de vaciar el LCR del espacio encefálico al abdomen para disminuir la presión intracraneal.

20.- El paciente de la lista de 7 criterios (Dandy y ICHD-3) para el diagnóstico de hipertensión intracraneal sólo reunía a la cefalea y las alteraciones en la campimetría como síntomas principales, puesto que nunca presentó edema de papila, acúfenos, paresias, ni focalidad neurológica, signos que son patognomónicos de HICB.

Esto denota que tras realizar cuántas pruebas y controles se estimaron necesarias, sin obtener una causa determinante del cuadro se estableció solamente por la clínica la sospecha de hipertensión endocraneal benigna en octubre de 2018.

21.- Desde octubre de 2018 es diagnosticado de Esclerodermia por tener títulos de anticuerpos anti centrómeros elevados. Encontramos evidencia bibliográfica que vincula a la esclerodermia con enfermedades de carácter reumatoides como lupus eritematoso sistémico y trastornos de hipertensión arterial y venosa por ser considerada una conectivopatía.

La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso que se efectúan progresivamente. Así pues es un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas, como en el presente caso.

22.- Solo los casos más graves de HICB terminan en mesa operatoria puesto que la mayoría suelen recuperarse de manera espontánea y con tratamiento farmacológico tal y como se hizo en el caso de (...) El consenso de la Sociedad Española Neurología para Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de la Presión Intracraneal de 2023 establece que la cirugía y el sistema de derivación deben ser considerados como opción terapéutica después de haber implementado las recomendaciones generales, la conducta farmacológica y cuando

exista certeza de HICB refractaria a tratamiento hecho que nunca ocurrió debido falta de conjunción de más criterios que apoyaran el diagnóstico.

En este caso se considera la aplicación de los medios adecuados, la valoración de la suficiencia de los recursos empleados (personales y materiales), aunque el resultado sea finalmente adverso, la evidencia científica y los informes especializados del Servicio de Oftalmología y Neurología del HGLP.

23.- No obstante lo anterior, entendemos que existió demora en la realización de la medición de la presión de apertura del LCR que debió realizarse en la PL de 15.11.18.

Dilación con resultado incierto:

1. Debido a que los valores obtenidos en la PL realizada el 13 de febrero de 2020 tampoco fueron concluyentes (25 cm H2O).

2. Que el paciente ya se encontraba tomando el tratamiento recomendado por todos los consensos para el tratamiento de la HICB, desde abril de 2018 Edemox® y desde noviembre de 2019 Topamax® (Topiramato) que no surtieron su efecto.

3. Desde abril de 2019 se determina la irreversibilidad de su afectación ocular, con independencia de la causa. Irreversible es sinónimo de definitivo, invariable, inalterable. AV 0.10 en OD y 0.10 en OI.

24.- Debido a lo anteriormente expuesto y considerando que descartadas otras causas de pérdida de campo visual la primera sospecha de HICB surgió en Octubre de 2018 y en abril de 2019 se determinó la pérdida de visión irreversible y teniendo en cuenta que la punción lumbar con medición de la presión tampoco ofreció un resultado definitorio para concluir el diagnóstico y hasta que no se colocó un sensor intracraneal con monitorización de varios días no se pudo determinar la entidad que sufría.

Pudo haber una dilación en el tiempo en cuanto a la práctica de dicha prueba diagnóstica en ese intervalo de tiempo y por ende en la aplicación del tratamiento definitivo disminuyendo las expectativas de curación que son las que deben ser indemnizadas por lo que pasamos a valorar la cuantificación de la misma.

El reclamante emplea importes de baremo del año 2016 conforme a La Ley 35/2015 de 22 de septiembre de Reforma del Sistema para Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidente de Circulación, en vigor desde el 1 de enero de 2016.

Sin embargo, siendo la intervención quirúrgica a la que atribuye el origen realizada en 2015 no es de aplicación dicho baremo. A los efectos de la aplicación de los baremos y tablas ésta será la referida a la fecha del accidente.

Para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor la Ley 35/2015 subsistirá y será de aplicación el sistema

recogido en el Anexo y en el Anejo del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. BOE» núm. 267, de 5 de noviembre de 2004 y sus cuantías para el año 2015

Edad del reclamante: 42 años

a) Descripción de las Secuelas: Tabla VI

** Partimos de la exploración realizada en septiembre de 2015 tras la cirugía realizada por desprendimiento de retina: Agudeza visual OD 0.9-1 y OI 0.5-0.6: 4 puntos.*

Desde abril de 2019 AV 0.10 en OD y 0.10 en OI: 65 puntos.

La tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el preexistente: 61 puntos.

Trastorno depresivo reactivo (5-10 puntos) (...) (...) (...) 10 puntos

Aplicando la fórmula para incapacidades concurrentes: Fórmula de Balthazard :

[[(100 – M) x m] / 100] + M resultan: 65 puntos

En la Tabla III Indemnizaciones básicas por lesiones permanentes (incluidos daños morales :

65 puntos para 42 años resulta:

65 X 2.246,05 € = 145.993,25 €

Perjuicio estético ligero (1-6) El máximo de perjuicio estético es 50 puntos. La Ley establece que los perjuicios estéticos que alcanzan los 25 puntos suelen estar asociados a deformidades o cambios físicos severos. Si esto no está presente en el caso de Domingo, entonces el Perjuicio Estético debería ser mucho más bajo, o incluso inexistente. Aplicando criterio de proporcionalidad 6 puntos

En la Tabla III 6 puntos para 42 años resulta:

6 X 798,88 € = 4.793,28 €

El perjuicio estético definido como la modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona, en este caso ligero se corresponde con: 1-6 puntos. Entendiendo que el valor máximo que se otorga al perjuicio estético importantísimo es de 50 puntos. El perjuicio estético importantísimo corresponde a un perjuicio de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal.

TOTAL POR SECUELAS: 145,993,25 € + 4.793,28 € = 150.786,53 €

b) Indemnizaciones por incapacidad temporal Tabla V

Impeditivos: 58,41 € X 451 días = 26.342,91 €

TOTAL PROPUESTA DE INDEMNIZACIÓN 177.129,44 €

2. Efectivamente, tal y como reconoce el SIP en sus conclusiones -y ratifica la Propuesta de Resolución- procede argumentar que " (...) existió demora en la realización de la medición de la presión de apertura del LCR que debió realizarse en la PL de 15.11.18.

Dilación con resultado incierto:

1. Debido a que los valores obtenidos en la PL realizada el 13 de febrero de 2020 tampoco fueron concluyentes (25 cm H2O).

2. Que el paciente ya se encontraba tomando el tratamiento recomendado por todos los consensos para el tratamiento de la HICB, desde abril de 2018 Edemox® y desde noviembre de 2019 Topamax® (Topiramato) que no surtieron su efecto.

(...)

Pudo haber una dilación en el tiempo en cuanto a la práctica de dicha prueba diagnóstica en ese intervalo de tiempo y por ende en la aplicación del tratamiento definitivo disminuyendo las expectativas de curación que son las que deben ser indemnizadas por lo que pasamos a valorar la cuantificación de la misma."

Por tanto, tal dilación privó al afectado de la oportunidad de tratar su dolencia con mayor premura, lo que, en atención a lo informado por el SIP, habría podido mejorar su afectación ocular, constituyendo este retraso diagnóstico y la consecuente ausencia de tratamiento de su patología, una pérdida de oportunidad terapéutica que minoró las posibilidades de una expectativa de mayor calidad de vida.

Como hemos manifestado en reiteradas ocasiones (entre otros, Dictámenes 287/2017, de 6 de septiembre, 450/2017, de 5 de diciembre, 324/2018, de 17 de julio, 239/2019, de 20 de junio, 287/2019, de 30 de julio, y 377/2023, de 28 de septiembre), desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial, hoy ya plenamente consolidada, favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño.

La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano. Concretamente, se ha pronunciado en los siguientes términos:

«La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6.ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación n.º 6676/2003).

Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4.ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1.º, rec. Casación n.º 1247/2014).

Asimismo, sobre la pérdida de oportunidad, la STS de 21 de diciembre de 2015 (RJ 2016\55) o 16 de febrero de 2011 (RJ 2011,1490), argumenta que «basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que la paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias».

3. Acerca de la cuantificación de la indemnización en supuestos como éste se ha señalado, entre otros, en los Dictámenes de este Consejo 398/2021, de 28 de julio; 336/2021, de 17 de junio; y 317/2021, de 10 de junio, lo siguiente:

«En esta línea, este Consejo (v.g. Dictámenes 450/2017, 287/2017), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido baremo por la totalidad de los daños», lo que también es de aplicación a este caso».

Como consecuencia de todo lo expuesto procede ahora determinar el modo y forma del resarcimiento del daño causado, que como es obvio no puede consistir sino

en una indemnización pecuniaria, pese a la naturaleza del daño causado, que es la privación de la oportunidad de una superior calidad de vida.

Y, a la hora de determinar la cuantía indemnizatoria, no solo se ha de tener en cuenta la doctrina expuesta acerca de la pérdida de oportunidad, sino la doctrina general relativa al reparación integral del daño.

Así, en el Dictamen de este Consejo Consultivo 451/2024, de 25 de julio, se señaló que:

«En todo caso, el principio de reparación integral de la víctima constituye uno de los elementos basilares sobre los que se asienta el régimen jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración en España y viene recibiendo en consecuencia el constante respaldo de nuestra jurisprudencia (así, por ejemplo, la STS de 27 de marzo de 2007 RC 1840/2003, con cita de otras anteriores; al igual que poco después hace también la STS de 14 de julio de 2009 RC 2346/2005). Como afirmábamos, por ejemplo, en este Consejo Consultivo ha señalado en el Dictamen 69/2021, de 18 de febrero, entre otros muchos: « (...) señala la sentencia de 6 de noviembre de 1998, "la aplicación del principio de la reparación integral implica que la misma comprende, dentro del ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración, los daños alegados y probados por el perjudicado, lo que supone la inclusión de los intereses económicos evaluables, partiendo de reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, las sentencias de 7 de octubre y 4 de diciembre de 1980, 14 de abril y 13 de octubre de 1981, 12 de mayo y 16 de julio de 1982, 16 de septiembre de 1983, 10 de junio"», y esta doctrina es de aplicación al presente asunto.

Así, pues, los daños irrogados por los que se reclama en este caso y cuya efectividad la interesada haya podido llegar a acreditar, en la medida en que a la postre han sido ocasionados a resultas del funcionamiento de los servicios públicos, han de ser íntegramente resarcidos por la Administración (al no pesar sobre la víctima el deber de jurídico de soportar tales daños, ni tampoco puedan imputarse a su propia conducta o eventualmente al «hecho de un tercero»; lo que en su caso, de ser así, podría modular, e incluso hacer quebrar, el requerido nexo causal para la emergencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración».

Es oportuno recordar la doctrina que, específicamente sobre esta materia, puede encontrarse en anteriores dictámenes nuestros. Así, en el Dictamen 317/2021, de 10 de junio, se dijo:

«En esta línea, este Consejo (v.g. Dictámenes 450/2017, 287/2017), en casos de valoración económica de daños provenientes de pérdida de oportunidad ha entendido, de acuerdo con dicha jurisprudencia, que si bien no puede alcanzar una cuantía indemnizatoria idéntica a la que resultaría de imputar en su totalidad al Servicio Canario de la Salud el

daño, la Administración sanitaria debe ponderar el grado de participación de la pérdida de oportunidad en el resultado final de la actuación sanitaria prestada, que este Consejo ha estimado, según la naturaleza del caso, entre el 10 y el 60% de la cantidad que resultaría de aplicar el referido baremo por la totalidad de los daños», doctrina que se reprodujo en el Dictamen 398/2021, también sobre la indemnización procedente en casos de pérdida de oportunidades de tratamientos o terapias».

Esta doctrina resulta ser aplicable al presente asunto y determina, afirmada la concurrencia de responsabilidad patrimonial por parte del Servicio Canario de la Salud, que procede el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados al interesado en los términos definidos por la Propuesta de Resolución -cuyo cálculo y cuantías se entienden adecuadas- [folios 773 y ss.]:

« (...) el interesado muestra su disconformidad con la cuantía que se propuso, pues considera que:

- Se le indemniza por un "grado de las limitaciones en las actividades de 32% y factores complementarios de 4 puntos. 36% Definitivo", pero en realidad el grado de discapacidad por la pérdida de visión como factor determinante, es actualmente del 82%. El reclamante no partía de una visión perfecta, sino que ya presentaba ciertas restricciones visuales:

Déficit inicial de visión: Ojo derecho (OD): 0.9-1.0 (sin puntos de secuela) Ojo izquierdo (OI): 0.5-0.6 (4 puntos de secuela)

Déficit actual de visión: Ojo derecho (OD): 0.10 (65 puntos de secuela) Ojo izquierdo (OI): 0.10 (65 puntos de secuela)

La tasa de agravación es la diferencia en puntos entre el déficit actual y el inicial.

Déficit inicial total: 4 puntos

Déficit actual total: 65 puntos

Tasa de agravación 65 – 4 puntos= 61 puntos

Aplicando la fórmula para incapacidades concurrentes: Fórmula de Balthazard : [[(100 – M) x m] / 100] + M resultan: 65 puntos.

- También expone que se ha obviado por completo su diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada como secuelas psicológicas. En este punto, se recuerda que como concepto indemnizatorio se contempló: "Trastorno depresivo reactivo (5-10 puntos) (...) (...) (...) 10 puntos", es decir, se le dio la máxima puntuación.

- Finaliza con que tampoco se tienen en cuenta los daños ocasionados a (...), que presenta un trastorno adaptativo con ansiedad mixto y estado de ánimo deprimido, así como trastornos de estrés postraumático; ni los daños a (...), que presenta un trastorno adaptativo

con ansiedad, con niveles de tensión alto, inquietud y dificultad a la hora de concentrarse o atender.

Desde el inicio, el procedimiento se ha tramitado con un único reclamante, el propio interesado, quien posee la legitimación activa para reclamar por sus propios daños, que son personalísimos, como lo son los daños morales que puedan sufrir los allegados del afectado, quienes están legitimados para reclamarlos en su propio nombre. Los daños psicológicos en cambio son daños que, sin ser físicos, pueden asimilarse con estos, pero en la esfera psicológica, siendo por tanto personalísimos del propio reclamante, los cuales sí han sido tenidos en cuenta en el momento de la valoración del daño.

Ni (...) ni (...) manifestaron en ningún momento su deseo de formar parte del procedimiento, ni reclamaron por sí mismos los daños señalados por el interesado.

Por otra parte, en el informe pericial psicológico de 30 de abril de 2021, en relación con los daños psicológicos sufridos por (...), se recoge que la esposa del reclamante anuda su estado al cambio operado en (...), pues, en palabras textuales, se recogen, entre otros muchos comentarios que "en el hogar vive un infierno desde hace años (...) que asume un rol más de madre y de cuidadora que de esposa (...) que lleva años, desde que el esposo estuvo en situación de ITL por desprendimiento de retina con una carga muy elevada, presionada y sin tener tiempo para ella (...) que el esposo a veces se queda durante días en la cama, que le preocupa esto, que no considera normal que una persona esté tanto tiempo en la cama (...) (...) que la relación entre ellos ha cambiado mucho, que nota como si el esposo estuviera enfadado, que se mantiene distante de ella que no hay dialogo ni confianza, que el cuidarlo se ha convertido en una obligación y una responsabilidad (...) que el esposo se ha vuelto cada vez más exigente e irritable en casa (...) que ella considera que la relación matrimonial está rota (...) ".

La valoración psicológica de Julen sigue la misma dirección que la de la madre. Manifiesta que su padre ha cambiado mucho y que tiene que estar muy atento para que su padre no tropiece ni se haga daño, pero en la mayor parte de su discurso señala que su madre está muy cansada y que ya no tiene tiempo para ayudarle con las tareas escolares, y que discute mucho con su padre.

En definitiva, los daños morales de los familiares de (...) son consustanciales a la pérdida de su agudeza visual y del propio proceso que viven, pero no fueron reclamados por quienes tienen la legitimación activa para hacerlo. No ha quedado acreditado que los daños psicológicos que sufren tanto la esposa como el hijo del afectado sean fruto del funcionamiento del SCS sino que derivan más del cambio en el comportamiento de (...) y la dificultad que supone la convivencia con él que del daño sufrido, y por tanto, no se trata de un daño antijurídico.

(...)

Siendo la intervención quirúrgica a la que atribuye el origen realizada en 2015 es de aplicación el sistema recogido en el Anexo del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre. BOE» núm. 267, de 5 de noviembre de 2004 y sus cuantías para el año 2015

Edad del reclamante: 42 años

a)Descripción de las Secuelas: Tabla VI

** Partimos de la exploración realizada en septiembre de 2015 tras la cirugía realizada por desprendimiento de retina: Agudeza visual OD 0.9-1 y OI 0.5-0.6: 4 puntos*

Desde abril de 2019 AV 0.10 en OD y 0.10 en OI: 65 puntos

La tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el preexistente: 61 puntos. Trastorno depresivo reactivo (5-10 puntos) (...) (...) (...) (...) (...) (...) 10 puntos

Aplicando la fórmula para incapacidades concurrentes: Fórmula de Balthazard: [[(100 – M) x m] / 100] + M resultan: 65 puntos

En la Tabla III Indemnizaciones básicas por lesiones permanentes (incluidos daños morales: 65 puntos para 42 años resulta:

65 X 2.246,05 € = 145.993,25 €

Perjuicio estético ligero (1-6) El máximo de perjuicio estético es 50 puntos. La Ley establece que los perjuicios estéticos que alcanzan los 25 puntos suelen estar asociados a deformidades o cambios físicos severos. Si esto no está presente en el caso de Domingo, entonces el Perjuicio Estético debería ser mucho más bajo, o incluso inexistente. Aplicando criterio de proporcionalidad 6 puntos

En la Tabla III 6 puntos para 42 años resulta:

6 X 798,88 € = 4.793,28 €

El perjuicio estético definido como la modificación peyorativa que afecta a la imagen de la persona, en este caso ligero se corresponde con: 1-6 puntos. Entendiendo que el valor máximo que se otorga al perjuicio estético importantísimo es de 50 puntos. El perjuicio estético importantísimo corresponde a un perjuicio de enorme gravedad, como el que producen las grandes quemaduras, las grandes pérdidas de sustancia y las grandes alteraciones de la morfología facial o corporal.

TOTAL POR SECUELAS: 145,993,25 € + 4.793,28 € = 150.786,53 €

b) Indemnizaciones por incapacidad temporal Tabla V

Impeditivos: 58,41 € X 451 días = 26.342,91 €

Indemnización total 177.129,44 €

Actualizando la cuantía total según el Índice de Garantía de Competitividad (IGC):

- Último período publicado: agosto de 2024 el IGC: -10%

Por lo anterior, la cuantía indemnizatoria total se mantiene en 177.129,44 €».

Así mismo, las cantidades resultantes se han de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo prevenido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se estima parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria, se entiende que es conforme a Derecho por las razones expuestas en el Fundamento IV de este Dictamen.