



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 421/2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 19 de diciembre de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 401/2016 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 25 de junio de 2013 por (...), en representación de (...), en el que reclama daños y perjuicios como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Canario de la Salud.

2. La cuantía de la indemnización solicitada (178.891,28 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la

* Ponente: Sr. Brito González.

normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

II

1. El reclamante funda su reclamación en el siguiente relato fáctico:

El 4 de junio de 2011 sufrió un accidente que le produjo daños en su mano izquierda, a consecuencia de los cuales tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC). Se le realizó Rx, en la que según el médico no había imagen de fractura y se le diagnosticó: «esguince de muñeca». El tratamiento consistió básicamente en vendaje de muñeca y calmantes.

Se produjo seguimiento del supuesto esguince por el Servicio Canario de la Salud y en ningún momento se aprecia la verdadera naturaleza de la lesión sufrida (fractura de escafoides).

Transcurridos seis meses desde el diagnóstico de urgencias, el 22 de diciembre de 2011 el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de

Candelaria (HUNSC) detecta la posibilidad de rotura de escafoides y solicita la correspondiente valoración.

El 17 de mayo de 2012 se realiza un estudio neurofisiológico dando como resultado: «Atrapamiento del nervio mediano izquierdo a nivel del carpo de intensidad moderada». Finalmente, el 6 de junio de 2012, se realiza resonancia magnética en la que la conclusión diagnóstica es: «Inestabilidad carpal estadio IV en relación a subluxación anterior del hueso semilunar, recobrando alineación grande-radial en plano sagital».

Entiende el reclamante que la falta de diagnóstico correcto y su tratamiento, tanto en su origen (urgencias) como durante su evolución, ha ocasionado que la lesión llegara a tal punto que fuera necesario extirpar tres huesos de la mano, mediante carpectomía proximal.

2. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, emitido el 8 de marzo de 2016, con base en la documentación médica obrante en el expediente constituido por el historial del interesado y por los informes emitidos por los servicios que participaron en la atención sanitaria prestada, relata los hechos relevantes de la siguiente manera:

«Caída el 4 de junio de 2011 con traumatismo de muñeca izquierda. Acude al Servicio de Urgencias del HUC por dolor local, sin impotencia funcional. A la exploración, no dolor a nivel de escafoides. Flexo extensión normal. No alteraciones vasculonervionas. Se solicita Rx y no se objetiva fractura.

Se diagnostica esguince de muñeca y se procede a tratamiento farmacológico e inmovilización, mediante vendaje. Se recomienda control por su médico.

El 9 de junio de 2011 es remitido a consulta del Servicio de Ortopedia y Traumatología (C.O.T) del C.A.E. de San Benito. Presenta persistencia de dolor, calambre, hormigueos en dedos de la mano hasta el codo. Ante la posibilidad de fractura/fisura de escafoides, se solicita Rx. Bajo el diagnóstico de fractura de escafoides, se coloca yeso y se cita para retirada del mismo en fecha 6 de julio de 2011.

En valoración por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de fecha 28 de julio de 2011, persisten las molestias en muñeca izquierda. En Rx consolidación aceptable pero insuficiente para esfuerzos. Se cita en un mes. El 29 de agosto de 2011 se habla de fractura consolidada, continúa con ligeras molestias. Se remite al Servicio de Rehabilitación.

Realiza tratamiento rehabilitador durante el periodo 4 de octubre a 19 de diciembre de 2011. En la exploración física al alta: limitación últimos grados FD, tumefacción región palmar muñeca, Tinnel +, Phalen+. Se remite al Servicio de Traumatología.

En EMG de mayo de 2012: atrapamiento del nervio mediano izquierdo a nivel del carpo de intensidad moderada. Conducción motora y sensitiva del nervio cubital izquierdo dentro de los límites de la normalidad.

En ecografía musculotendinosa de 2 de mayo de 2012: engrosamiento del tendón flexor superficial. No lesiones quísticas. Se recomienda RMN.

En RMN de fecha 4 de junio de 2012: (...).

Conclusión diagnóstica: Inestabilidad carpal estadio IV en relación a subluxación anterior del hueso semilunar, recobrando alineación grande-radial en planos sagital.

En valoración, de fecha 21 de junio de 2012, por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Canarias: parestesias en territorio del mediano sobre todo nocturnas. Regular movilidad, flexión palmar 5", dorsal 40° no fuerza, no puede coger peso. Dolor referido en cara volar de la muñeca.

Se le propone intervención quirúrgica para carpectomía proximal.

Ingresa durante el periodo 18-19 de enero de 2013 en el Hospital (...) con el diagnóstico de luxación inveterada de semilunar izquierdo para intervención quirúrgica carpectomía proximal.

A la exploración dolor y limitación de la flexo-extensión de la muñeca. Bultoma palpable en zona volar de la muñeca.

Realiza 27 sesiones de tratamiento rehabilitador durante el periodo 21 de febrero (retirada de yeso) a 3 de abril de 2013. En esta última fecha refiere estar mejor aunque sigue con dolor en relación con los esfuerzos. (...).

Valorado por el Servicio de Traumatología, en fecha 17 de abril de 2013, se describe movilidad aceptable. En fecha 17 de julio de 2013, en la consulta de Traumatología, refirió molestias en muñeca y zona radial. La Rx fue correcta, mínimas calcificaciones. En la revisión por el Servicio de Traumatología, de fecha 18 de septiembre de 2013, se describe que ha mejorado la sensibilidad; flexión de 60°; extensión de 40°; movilidad de muñeca correcta; hay dolor en la base del pulgar con signos de degeneración artrósica en T-M. Se cita a un nuevo control en diciembre.

En la última revisión, de 18 de diciembre de 2013, movilidad de muñeca 40-40°, dolor en la articulación trapecio-metacarpiano izquierda por lesiones degenerativas. La sensibilidad en la zona del mediano ha mejorado pero no es completa, dada la severidad de la lesión previa. Tiene problemas para la pinza y el agarre con el puño cerrado. Se le indica no hacer esfuerzos importantes y mantener pinza fina».

Concluye el citado informe señalando que «se presenta la reclamación en fecha 25 de junio de 2013. La existencia de atrapamiento de nervio mediano fue objetivada mediante estudio de ENG de mayo de 2012. Estas patologías fueron las tomadas como base para la declaración de IPT desde el 20 de junio de 2012».

Se destaca, dado que la desestimación se fundamenta en la prescripción de la acción para reclamar, que el Servicio de Inspección y Prestaciones sólo ha tenido en cuenta la última reclamación presentada y no el resto de las realizadas con anterioridad el 28/12/2012, el 27/2/2013 y el 1/3/2013.

3. Conferido trámite de alegaciones sobre la posible existencia de prescripción, el interesado alega la ausencia de tal prescripción que se deduce al entender que su derecho a reclamar no ha prescrito, relatando los distintos hitos producidos en la asistencia médica producida y, las reclamaciones presentadas ante el Servicio Canario de la Salud; destacando que sólo a partir del 18 de enero de 2013, en que se realiza una intervención quirúrgica consistente en una «carpectomía proximal» es cuando se podría considerar que hay una estabilidad lesional y podría comenzar el plazo de prescripción. No obstante señala que también presentó reclamación en el propio hospital el día 28 de diciembre de 2012, que reitera el 27 de febrero de 2013 y ante la falta de respuesta del hospital volvió a reclamar el 1 de marzo de 2013 para, finalmente, el 25 de junio de 2013, presentar reclamación ante el Hospital, que dio lugar al presente procedimiento administrativo.

4. El 30 de junio de 2016 se emite informe preceptivo de la Asesoría Jurídica Departamental en el que se concluye con que no se aprecia la prescripción de la reclamación.

III

1. La Propuesta de Resolución, con fundamento en la documentación obrante en el expediente y en contra de lo señalado por su Asesoría Jurídica, desestima la pretensión del reclamante porque, sin entrar en el fondo del asunto, aprecia que la reclamación es extemporánea.

Así, la Propuesta de Resolución arguye que el paciente conocía el diagnóstico de fractura de escafoides cerrada, al menos desde la consulta de 17 de junio de 2011 (folio nº 162 expediente) y que es a partir de ese momento nada le impide reclamar por el presunto error de diagnóstico (objeto de su reclamación). No obstante, el interesado reclama por presunta responsabilidad patrimonial el 25 de junio de 2013,

esto es, aproximadamente dos años después de tener conocimiento del presunto error.

También entiende que la reclamación que el interesado formuló ante el Servicio de Atención al Usuario el 28 de diciembre de 2012 (folio 60), no tenía contenido económico y, por lo tanto, no se tramitó como reclamación de responsabilidad patrimonial, no obstante, si se entendiera en esta tácitamente la intención de reclamar por responsabilidad patrimonial, tampoco se hubiera formulado en plazo, ya que es de fecha 28 de diciembre de 2012, de nuevo, fuera del plazo legal de un año desde que se tiene conocimiento del hecho dañoso y el alcance de las secuelas (junio de 2011).

Finalmente, considera la Propuesta de Resolución carente de fundamento alegado por el interesado en la reclamación inicial: «tras dicho diagnóstico de urgencias (esguince de muñeca), se produjo un seguimiento de un supuesto esguince de muñeca durante un año por el Servicio Canario de la Salud, realizándose radiografías periódicas y sin que se apreciara en ningún momento la naturaleza de la lesión sufrida». Y ello porque está acreditado en el expediente, por un lado, que bajo diagnóstico de fractura/fisura de escafoides se solicitó Rx y se coloca yeso, citándose para retirada el 6 de julio de 2011, fecha en la que se le coloca nuevo yeso dándose nueva cita para el 18 de julio de 2011; por otro, que en valoración por el Servicio COT, de 28 de julio se anota que persisten molestias y que de Rx se observa consolidación aceptable pero no suficiente; se le cita en un mes. Por último, el 29 de agosto de 2011, la fractura estaba consolidada, aunque continúa con ligeras molestias, siendo remitido al Servicio de Rehabilitación.

En conclusión, para la Prpuesta de Resolución el interesado conoció el diagnóstico de fractura de escafoides desde el mismo mes de junio de 2011, momento a partir del cual pudo haber reclamado por el presunto error de diagnóstico (esguince de muñeca).

2. La Asesoría Jurídica Departamental no considera prescrita la acción entablada pues entiende que el error de diagnóstico y la aplicación de tratamiento a tiempo, no se materializó en todo su alcance en el momento del diagnóstico de fractura o luxación de escafoide; este error hizo que la luxación le produjera una inestabilidad, que produzca dolor, que además avanzó hasta un estadio IV. Este daño y/o secuela de dolor y de inestabilidad, así como las puestas y limitaciones a la movilidad, quedaron a expensas de la práctica de la carpectornia proximal (como tratamiento procedente) para eliminar esa inestabilidad producto de la luxación, así como otras lesiones

propias del padecimiento como es la compresión del nervio. Por tanto, existió evolución de esas secuelas, no quedando determinadas en todo su alcance al momento de la fecha del diagnóstico que recoge la Propuesta de Resolución.

En apoyo de su posición, expone que en el expediente administrativo figura el informe de alta del Servicio de Traumatología del Hospital (...) de S/C de Tenerife, de fecha 19 de enero de 2013, al que alude igualmente el reclamante en el trámite de alegaciones sobre la prescripción, en el que se expresamente se indica: «El paciente ingresa para control de la evolución y tratamiento definitivo. Se consideró el tratamiento quirúrgico para tratar la lesión».

Así, la inestabilidad carpal en estadio IV que se le diagnosticó por RMN de 4 de junio de 2012 en relación a subluxación anterior del hueso semilunar, no estaba diagnosticada en junio de 2011, si bien es una consecuencia del no diagnóstico (o diagnóstico erróneo) y tratamiento a tiempo (el informe de COT anuda esas secuelas al retraso en el diagnóstico y también a las propias complicaciones de la lesión). La lesión no era definitiva en aquel entonces, por tanto, no quedó determinado el alcance de sus secuelas, como tampoco su curación (en su caso), pues según el informe del alta referido, era y de hecho fue susceptible de tratamiento quirúrgico definitivo para tratar dicha lesión pese a que se mantenga el dolor. No figura, sin embargo, tras la carpectomía, ni la inestabilidad ni las parestesias. En consecuencia, hasta tanto se produjera dicha intervención, no podía determinarse si el paciente quedaría sin inestabilidad y/o sin dolor, producto en parte, del no diagnóstico y tratamiento a tiempo.

Se sabe además por la propia documentación médica que, previo a la intervención de 13 de enero de 2013, el reclamante tenía inestabilidad carpal; dolor; parestesias producidas por el atrapamiento del nervio; una limitación a la flexión palmar de 5°; una limitación a la flexión dorsal de 40° y pérdida de fuerza.

Resalta igualmente constatable en el expediente que, tras la intervención de enero de 2013, se elimina la inestabilidad carpal; desaparecen las parestesias, habiendo mejorado además la flexión dorsal a 45°; la palmar a 30°, una desviación cubital de 25° y radial de 5°, al margen del dolor inicial y la cicatriz.

Esas son pues, para la Asesoría Jurídica, las secuelas definitivas del daño de ausencia de diagnóstico y tardío tratamiento, tras haberse sometido a la intervención quirúrgica pertinente para intentar curar y tratar la secuela de inestabilidad y parestesias.

En este sentido, la Asesoría Jurídica se apoya en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones que viene a considerar también la situación postcirugía del 13 de enero de 2013 de carpectomía, donde queda ya con las limitaciones de grados en extensión y flexión citados anteriormente. Y ello al margen de la declaración de incapacidad permanente total, pues no figura en las actuaciones si aquel reconocimiento lo fue sobre la exclusiva base de las lesiones previas a la intervención o sobre cualquier otro padecimiento que pudiera padecer el reclamante.

3. La discrepancia se centra, pues, en considerar cuándo, de acuerdo con el art. 142.5 LRJAP-PAC, se pudo determinar el alcance de las secuelas como *dies a quo* del cómputo del plazo de un año de prescripción del derecho del interesado a reclamar.

Es constante la jurisprudencia del Tribunal Supremo (por todas STS de 8 de octubre de 2012) en entender que, tratándose de un daño permanente la materialización del daño con sus consecuencias se produce en el momento del diagnóstico, recordando que «como con reiteración ha manifestado la Sala, por todas la Sentencia de la Sección Sexta de 18 de enero de 2008, existen determinadas enfermedades en las que no es posible una curación propiamente dicha, pues la salud queda quebrantada de forma irreversible, supuestos en que entra en juego la previsión legal de que el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de efectuarse, siguiendo el principio de la “actio nata”, a la que nos hemos referido, desde la determinación del alcance de las secuelas, aun cuando en el momento de su ejercicio no se haya recuperado íntegramente la salud, por cuanto que el daño producido resulta previsible en su evolución y en su determinación, y por tanto, cuantificable».

A ello añade: «En la sentencia de 10 de julio de 2012 hemos explicado el fundamento de esta doctrina: la previsión legal de que el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de efectuarse siguiendo el principio de la “actio nata”, responde a la necesidad de no dar comienzo el plazo de prescripción cuando del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, que por ello no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, cual es el supuesto de enfermedades de evolución imprevisible o aquellos otros ocasionales casos en que la enfermedad inicialmente diagnosticada se traduce en unas secuelas de imposible predeterminación en su origen, mas no resulta de aplicación cuando el daño producido resulta previsible en su determinación, y por tanto, cuantificable, pese a que permanezca el

padecimiento por no haberse recuperado íntegramente la salud o quedar quebrantada de forma irreversible, momento en que se inicia el plazo para la reclamación, como aquí sucede a partir de aquella determinación del diagnóstico de la enfermedad».

Así pues, es la determinación del alcance de las secuelas (y su cuantificación), sin perjuicio de los posibles consultas o, incluso, tratamientos paliativos posteriores en la Unidad del Dolor, la que determina el *dies a quo*.

Asimismo, en relación al reconocimietno de la incapacidad laboral del interesado, ha de señalarse, como ha aclarado el Tribunal Supremo en su citada Sentencia de 8 de octubre de 2012, «tampoco cabe otorgar eficacia interruptiva o invalidante del periodo transcurrido el hecho de que organismos públicos administrativos reconozcan coeficientes de incapacidad salvo que en las resoluciones se recojan por primera vez los efectos del quebranto. Así lo hemos dicho en la Sentencia de 13 de marzo de 2012, rec. casación 6289/2010, al analizar los efectos de las declaraciones de incapacidad permanente y aplicar la doctrina de la “actio nata”».

4. En el presente caso, nos encontramos con tres fechas significativas: 17 de junio de 2011, fecha en la que el interesado conoció el diagnóstico de fractura de escafoides cerrada y que la Propuesta de Resolución entiende como *dies a quo* porque «nada le impide reclamar por el presunto error de diagnóstico». Sin embargo, no podemos coincidir con ella, pues de acuerdo con el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones es evidente que en ese momento no se conocían el alcance de las secuelas pues estas se agravan por la falta de intervención quirúrgica. Es decir, como se verá, las secuelas que se determinan no van a ser las mismas que las derivadas por una simple fractura de escafoides cerrada.

Las secuelas se conocen tras la resonancia magnética de fecha 4 de junio de 2012: Inestabilidad carpal estadio IV en relación a subluxación anterior del hueso semilunar, recobrando alineación grande-radial. El ligamento triangular se valora moderadamente desplazado, impresionando de intensidad de sefial conservada. Valorándose cierto desplazamiento en las estructuras contenidas en el canal carpiano en relación a subluxación del semilunar. Moderados cambios edematosos del tejido celular palmar. Conclusión diagnóstica: Inestabilidad carpal estadio IV en relación a subluxación anterior del hueso semilunar, recobrando alineación grande-radial en planos sagital.

En la valoración realizada el 21 de junio de 2012 por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario de Canarias se reseña: «(P)arestesias nocturnas en territorio del mediano. Regular movilidad, flexión palmar 5ª, dorsal 40° no fuerza, no puede coger peso. Dolor referido en cara volar de la muñeca». Se propone intervención quirúrgica para carpectomía proximal, cuya finalidad es lograr una mejoría del arco de movilidad de la muñeca y de la fuerza de presión con un alivio de la sintomatología dolorosa.

Esa intervención que se propuso, y que se llevó a efecto el 13 de enero de 2013, no fue un mero cuidado paliativo -no estamos en presencia de una enfermedad avanzada e incurable ni con ella se pretende mejorar únicamente la calidad de vida-, pues en función de sus resultados podrían variar -como así sucedió- tanto la movilidad de la muñeca como la fuerza de presión.

5. Tal y como hemos razonado en nuestro reciente Dictamen 336/2016, de 10 de octubre, siguiendo la jurisprudencia reseñada, existen determinadas enfermedades - como la que nos ocupa- en las que no es posible una curación propiamente dicha, pues la salud queda quebrantada de forma irreversible, supuestos en que entra en juego la previsión legal de que el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de efectuarse, siguiendo el principio de la “actio nata”, desde la determinación del alcance de las secuelas, aun cuando en el momento de su ejercicio no se haya recuperado íntegramente la salud, por cuanto que el daño producido resulta previsible en su evolución y en su determinación, y por tanto, cuantificable.

En este caso, esa cuantificación no era posible hasta que se produjo la intervención, pues, como se acaba de referir, de ella dependía la mejora -o no- de la movilidad de la muñeca y de la fuerza de presión (e incluso de la sintomatología dolorosa), cuestiones que se cuantifican en función del resultado: cuanta más limitación en la movilidad o en la fuerza y/o más dolor, mayor puntuación -o viceversa-. Es decir, esa mayor o menor movilidad, fuerza o dolor son secuelas que no va a ser posible determinar -ni, por ende, cuantificar- hasta realizada la intervención jurídica; como tampoco lo es, hasta ese momento, el perjuicio estético ocasionado por las cicatrices consecuencia de esa operación.

Tal hilo argumental nos lleva a situar el momento de la determinación de las secuelas en fecha posterior a la intervención quirúrgica. Habiéndose producido esta el 18 de enero de 2013 y presentada la reclamación ante el Hospital el 25 de junio de 2013, se ha de concluir que no es extemporánea porque no ha transcurrido el plazo de un año que establece el art. 142.5 LRJAP-PAC. A ello se añade, como ya

señalamos, que la Propuesta de Resolución no ha tenido en cuenta los anteriores escritos de reclamación presentados por el interesado que, si bien no reúnen todos los requisitos exigidos por la normativa de aplicación, sin duda alguna suponen actos que manifiestan -y así se señala expresamente en los mismos- una voluntad inequívoca de reclamar que, en todo caso, interrumpirían el plazo de prescripción.

6. En definitiva, la Propuesta de Resolución que se dictamina, que desestima la pretensión indemnizatoria del interesado por considerarla extemporánea, no se considera conforme a Derecho porque la acción dirigida a reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se ha interpuesto en plazo.

Procede, por tanto, que se retrotraiga el procedimiento para que, previas las actuaciones que se consideren pertinentes, se elabore nueva Propuesta de Resolución en la que se resuelva sobre el fondo del asunto. Propuesta de Resolución que, con las nuevas actuaciones que, en su caso, se practiquen, tras la preceptiva audiencia al interesado, se someterá nuevamente a la consideración de este Consejo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que desestima la reclamación por haber prescrito el derecho a reclamar no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones conforme se indica en el Fundamento III.6 de este Dictamen.