



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 5 2 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 19 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 204/2017 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 24 de marzo de 2015 por la representación legal de (...), en el que se reclaman daños y perjuicios como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La cuantía de la indemnización solicitada (33.970,32 euros) determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del 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. Bosch Benítez.

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. De conformidad con el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), 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.

6. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a los interesados, impidan un pronunciamiento sobre la cuestión planteada.

II

1. La reclamante funda su reclamación en el siguiente relato fáctico que consta en el escrito presentado:

«La reclamante desde finales de agosto comienza a sentir algunas molestias en su pecho derecho, con motivo de ello acude con fecha 12 de septiembre de 2013 al ginecólogo que le prescribe la realización de una mamografía bilateral.

El 16 de septiembre de 2013 acude al Servicio de Urgencias de (...) por presentar un cuadro de dolor en la región mamaria derecha con aumento de la sensibilidad, sin referir fiebre ni traumatismo. En la exploración física se palpa aumento de volumen indurado en CSE derecho, doloroso, no se palpan adenopatías axilares aparentes, ni secreción ni signos de celulitis. Es diagnosticada de fibroadenosis mamaria siendo remitida a patología mamaria.

El 17 de septiembre de 2013 a la interesada se le realiza en la Clínica (...) las ecografías de mama y mamografías bilaterales prescritas, siendo los hallazgos de las mismas lesión BIRADS 3 en la ecografía y BIRADS 4 en la mamografía; esto último implicaba una alta probabilidad de que se tratara de un tumor cancerígeno. Con posterioridad, se realiza en (...) resonancia magnética de mama, siendo su diagnóstico lesión neoformativa espicular derecha en cola BIRADS 4, lo que supuso una confirmación de los hallazgos de la ecografía y la mamografía.

Ante tales alarmantes resultados se realiza BAG ecoguiada; el informe confirma la naturaleza benigna de la lesión, aunque en un pequeño segmento de uno de los cilindros estudiados se observa una proliferación micro glandular de escasa atipia que requiere la realización de técnicas inmunohistoquímicas para diagnóstico de certeza. Con posterioridad, (...) es incluida en la lista de espera quirúrgica del Hospital Nuestra Señora de Candelaria para realizarle una tumorectomía, puesto que las áreas de escasa atipia hacen recomendable la extirpación quirúrgica.

Finalmente el 20 de noviembre de 2013 ingresa en el Servicio de Gineoncología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria para ser intervenida quirúrgicamente de nódulo de mama derecha.

El 21 de noviembre de 2013 se le realiza tumorectomía de mama derecha, transcurriendo la evolución post-quirúrgica dentro de límites normales, citándola para que acudiera a consulta de patología de mama el día 2 de diciembre de 2013 para valoración de la herida y resultados de anatomía patológica. Al parecer, todo había transcurrido con relativa normalidad.

Es ese íter de tiempo mi representada conoce que está embarazada, motivo por el cual no puede acudir a la cita del 2 de diciembre de 2013, ya que padecía hiperémesis gravídica, acudiendo finalmente a su cita el día 13 de enero, fecha en la que sorprendentemente le informan que debe operarse de nuevo, sin darle ningún tipo de explicación, realizándole una nueva ecografía de mama e incluyéndola en la lista de espera.

Si observamos el informe anatomopatológico refiere tejido fibroadiposo y muscular con mínima representación de tejido mamario sin cambios patológicos, es decir, se la ingresó, anestesió y sometió a una intervención quirúrgica para que finalmente extrajeran tejido muscular y no el nódulo mamario.

Evidentemente, se ha producido una mala praxis por parte de los facultativos que la intervinieron, puesto que no utilizaron todos los medios que tenían a su alcance y disposición para extirpar el nódulo, toda vez que abrieron sin realizar marcaje de mama, es decir sin localizar y dejar indicada la zona de la mama previa al tratamiento quirúrgico, mediante la colocación de un arpón de marcaje. De haberse colocado el mismo, no se habría producido el

hecho lesivo, puesto que la intervención habría sido satisfactoria y el nódulo habría sido extirpado con éxito.

Como consecuencia de la poca diligencia empleada por los facultativos del HUNSC, mi representada tuvo que ser nuevamente intervenida de su mama derecha, siendo esta operación satisfactoria, habiéndole restado una serie de secuelas que más adelante se desglosarán.

Tal y como ya hemos adelantado en el hecho anterior, (...) estaba embarazada. Lo más que nos sorprende de todo es que estaba embarazada cuando se le intervino quirúrgicamente; sin embargo, jamás se le preguntó si estaba embarazada y tampoco se le indicó cuáles podrían ser las consecuencias de la anestesia y posterior medicación, sobre el feto.

Los médicos no emplearon los medios necesario para cerciorarse que la reclamante no estaba embarazada y utilizaron para sedarla anestesia con benzodiazepinas, sustancia tremendamente perjudicial para el feto ya que rompe la bolsa.

Desgraciadamente, comienza a sangrar el mismo día que le comunican que debe operarse nuevamente (el 14 de enero de 2014). Al día siguiente, acude al Servicio de Urgencias de (...) por sangrado y dolor abdominal, practicándosele ecografía que desvela aborto en curso, finalmente con fecha 17 de enero de 2014 se confirma el aborto.

Si los facultativos se hubieran preocupado de asegurarse que la paciente no estaba embarazada, no se le habría suministrado benzodiazepina, sino otro tipo de anestesia que no afectara a la bolsa, y probablemente el curso del embarazo habría sido otro y el aborto no se habría producido.

Dada las incidencias ocurridas en la fallida intervención quirúrgica, mi representada fue nuevamente intervenida, esta vez en el Hospital Quirón de Barcelona, habida cuenta que la paciente perdió totalmente la confianza en los facultativos del Hospital Ntra. Sra. de Candelaria.

Los especialistas del Hospital Quirón confirmaron las sospechas emitiendo el siguiente informe: "(...) acude para control tras ser operada en otro centro de una tumorectomía CSExt MD, donde se observa que el nódulo persiste en mama se aconseja una nueva tumorectomía con marcaje ecográfico".

En esta ocasión, el equipo médico actuó con la debida diligencia y colocaron, previo a la intervención, el arpón para determinar perfectamente la zona a extirpar para no extraer más tejido del estrictamente necesario, finalmente se le interviene quirúrgicamente sin mayores incidencias. El Informe emitido por Anatomía Patológica refiere pieza de tumorectomía en la mama derecha en la que se observa lesión esclerosante compleja sin evidencias de carcinoma.

Con fecha 2 de marzo de 2014, la reclamante fue dada de Alta por su médico de familia, habiendo estado de baja desde el día 17 de septiembre de 2013 hasta esa fecha, tal y como acredita.

A día de hoy la interesada presenta dos cicatrices en su mama derecha, una de la primera operación y otra de la segunda operación, por lo tanto, de haberse intervenido de forma correcta únicamente presentaría la cicatriz normal de este tipo de intervenciones, sin embargo, como consecuencia de la poca diligencia de los facultativos cuenta con dos cicatrices. Entendemos que la cicatriz de la primera intervención es un hecho lesivo que no tiene ni representada la obligación de asumir, máxime cuando la misma se deriva de una intervención 100% fallida. Dicha cicatriz mide aproximadamente unos 7 centímetros de largo, habiéndose realizado en la zona alta del pecho, casi en la axila por lo que es totalmente visible.

Además, a día de hoy presenta parestesia en la zona de la mama que se extiende hacia la axila llegando a más de medio brazo, perdiendo casi al completo la sensibilidad de dicha zona».

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), en su Informe de fecha 26 de septiembre de 2016, a la luz de la historia médica de la madre y de los informes médicos obrantes en el expediente, hace el siguiente relato de los hechos por los que se reclama:

«1.- En historial clínico de atención primaria del 18 de septiembre de 2013 se anota por motivo de consulta, que la paciente aporta ecografía mamaria, pendiente de mamografía.

En la anamnesis se anota mastalgia en mama derecha en ese, cuadrante superior externo de la mama (uno de los cuatro cuadrantes que se divide cada mama).

El resultado de la ecografía es: patrón dispásico fibroso, tipo BIRADS III (clasificación de las lesiones mamarias, en este caso es lesión probablemente benigna).

A la exploración bultoma e induración en ese de mama derecha. No adenopatías diagnóstico de Fibroadenosis mamaria.

Recomiendan mamografía.

Tras resultado de mamografía, que muestra a su médico de cabecera el 24 de septiembre de 2013, se valora BIRADS IV (anomalía sospechosa o dudosa de malignidad), lesión sólida en cse.

Recomiendan biopsia, es remitida a patología de mama hospitalaria.

También se realiza RMN (Resonancia Magnética Nuclear) con diagnóstico de lesión neoformativa espicular derecha en cola, BIRADS IV.

2.- Según informe del Dr. (...) especialista de patología mamaria es valorada el 09/10/2013 en Consultas Externas del Servicio de Ginecología del HUNSC.

"Acude con resultado de biopsia, diagnóstico de enfermedad proliferativa benigna, tras observar nódulo sólido, palpable, en mama derecha de 1.5 cm. No se palpan adenopatía, diagnóstico de BIRADS 4 (esto hace mención a una lesión sospechosa o dudosa de malignidad)".

Se propuso para tumorectomía. Ésta se realiza el 21 de noviembre de 2013: tumorectomía mama derecha, extirpan área nodular irregular.

"En la intervención quirúrgica se le practicó resección del área nodular, pero la palpación de la misma no fue tan concluyente en quirófano como en consulta", ni como en las pruebas. Tenía una mama densa con múltiples nodularidades.

La anatomía patológica de la extirpado tiene como resultado "tejido fibroadiposo y muscular con mínima representación de tejido mamario, sin cambios patológicos".

La paciente fue informada del resultado de la anatomía patológica el día 3 de diciembre de 2013, en la consulta de patología de mama.

"En esta consulta la señora reclamante refiere que la última regla fue el 1 de noviembre de 2013 y presenta embarazo positivo. Por lo cual se solicita ecografía mamaria para el estudio posterior a la cirugía".

"El 13 de enero de 2014 se realiza ecografía mamaria, con resultado de lesión hipoeoica de 0.8 cm ya biopsada, en ese BIRADS 4. También en la misma zona, en la cola de la mama, se aprecia lesión ovalada de 1 x 1.8 cm, de aspecto benigno, BIRADS 3 (lesión probablemente benigna). Ecografía axilar bilateral negativa.

No procede paaf (biopsia). Se recomienda control ecográfico en dos meses".

Aborto espontáneo el 15 de enero de 2014.

Se propone nueva intervención quirúrgica. Resección del área problema con localizador (marcaje metálico de la zona a extirpar) el 14 de enero de 2014. Se empezaron las pruebas de anestesia el 22 de enero de 2014.

Pero: "la paciente por pérdida de confianza acude a Barcelona y se interviene", ello se refleja en historial clínico de atención primaria.

El 20 de febrero de 2014 acude su hermana al médico de atención primaria refiriendo que fue intervenida en Barcelona el 12 de febrero de 2014.

"El 18 de marzo la paciente refiere que fue intervenida en Barcelona de la intervención propuesta, y su descontento con el servicio de Ginecología y Obstetricia, ya que no le habían quitado la lesión inicial, esto consta en informe del servicio de ginecología.

CONCLUSIONES

1.- En cuanto al embarazo y aborto que la paciente reclama, hay que decir que la paciente cuando se opera no tenía amenorrea, no se sospecha gestación por tanto porque su última regla fue el 1 de noviembre de 2013 y la cirugía fue el 21 de noviembre.

Imposible detectarlo entonces.

El aborto, bajo esta premisa, no se le imputa causa por mala praxis médica. Nadie es responsable del proceso abortivo sufrido por la paciente. El hecho que coincidiera un embarazo, y posterior aborto, no es achacable o culpa de los profesionales que la asistían, no hubo intención de dañar, principalmente porque era imposible saber que estaba embarazada.

2.- Sobre la reclamación de la paciente sobre efectos patológicos neurológicos en la zona operada, y cercanías, no consta evaluación neurológica, ni quejas en este sentido, secundarios a intervención quirúrgica, en historial clínico.

Esto se comprueba en historia clínica de atención primaria y de especializada.

3.- Sobre el apartado que aduce pedir responsabilidades por la cicatriz en zona operada, referir que es algo inherente o puede serlo tras la cirugía, que no hay ánimo de perjuicio, y que la paciente firma un consentimiento informado, donde figura dicha problemática.

4.- La colocación de arpón mamario (cerclaje o anclaje, es marcar la zona a operar preoperatoriamente, colocando una pieza metálica), se utiliza en lesiones no palpables o calcificaciones microscópicas o no eco-visibles. Se realiza tanto para la cirugía como la biopsia.

Pero la lesión era palpable. Además se biopsia correctamente sin anclaje.

No era obligatorio el uso de arpón, era un nódulo palpable y bien determinado por las pruebas diagnósticas preoperatorias.

Hay que referir que su empleo puede tener complicaciones, como neumotórax, infección, hemorragia, etc.

También tenemos que apuntar que este hecho de no poder aclarar adecuadamente la zona de palpación nodular fue causa (tras conocimiento por los hallazgos diagnósticos posteriores a la cirugía), que decidieran reintervenir nuevamente, y con arpón.

La paciente no quiso aceptar esta opción y se operó en Barcelona.

El hecho es que se determinó una solución a la paciente.

5.- La cirugía fue complicada por el hecho que no palpaban bien el nódulo, para determinarlo en el acto quirúrgico, como si había quedado claro en consulta.

No se extirpó totalmente, y había que reintervenir.

Ante este problema en la segunda intervención si se iba a colocar arpón.

6.- Creemos que no hubo mala praxis médica, en cuanto se obró con los medios que se creían los necesarios, sin intención de daño, y si de eliminar la patología a la paciente.

A su vez se valora el hecho de la torna de decisión conecta tras la primera intervención quirúrgica, de corregir lo que no se pudo terminar en primera instancia ofreciendo a la paciente una segunda cirugía».

III

1. De acuerdo con tal relato de los hechos, antes de entrar en el fondo del asunto se ha de determinar si ha prescrito el derecho a reclamar por no haberse ejercido dentro del plazo de un año que establecen los arts. 142.5 y 4.2, respectivamente, LRJAP-PAC y RPAPRP, plazo que debe computarse, por tratarse de daños físicos, desde la curación o la determinación de las secuelas.

Al respecto es preciso recordar una vez más la jurisprudencia del Tribunal Supremo al respecto:

«(...) La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la “actio nata” recogido en el artículo 1969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse. En estos últimos casos ha afirmado, efectivamente, esta Sala que si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible. Por lo tanto el “dies a quo” para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto” (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos “aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo (STS de 14 de febrero de 2006)» (Sentencia de 18 de enero de 2008).

Esa jurisprudencia consolida el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la *actio nata*, sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta coyuntura solo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los

elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción.

Así, en la Sentencia de 24 de febrero de 2009, ha reiterado el Tribunal Supremo que en «supuestos como el presente, debido a la gravedad de las secuelas o lesiones permanentes, el perjudicado necesita de un tratamiento continuado después de la determinación del alcance de las lesiones, pero ello no significa que las secuelas no estén consolidadas, es decir, que no se conozca el alcance del resultado lesivo producido, momento en el que se inicie el cómputo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, conforme al tenor del artículo 142.5 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. De no ser así, la acción de indemnización se podría ejercitar de manera indefinida, lo que es contrario al precepto legal mencionado y al principio de seguridad jurídica proclamado en el artículo 9.3 de la Constitución Española (...)».

Por último, en relación al inicio del cómputo del plazo en el caso de daños físicos, la Sentencia de 27 de octubre de 2004 señala lo siguiente:

«La acción para exigir la responsabilidad de la Administración tiene un componente temporal, pues ha de ejercitarse en el plazo de un año a contar desde el hecho que motiva la indemnización -artículo 139.4 de la Ley 30/1992- y este plazo de un año, en el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas; es decir, el *dies a quo* es el de la estabilización o término de los efectos lesivos en el patrimonio o salud del reclamante».

Por su parte, las Sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y de 14 de julio de 2009, distinguen entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el *dies a quo* será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

2. En el presente caso, la interesada reclama por los daños que le ocasiona la primera intervención fallida, daños que concreta, en primer lugar, en los días de convalecencia; en segundo lugar, en una alteración sensitiva con parestesia en la zona que va desde la mama hasta el brazo; en tercer lugar, en la cicatriz de 7 cm; y,

por último, en el aborto como consecuencia de la utilización de determinados productos utilizados en esa intervención.

La representación de la interesada presenta la reclamación el 24 de marzo de 2015, justo un año después de la fecha de alta médica, dada por su médico de cabecera el 24 de marzo de 2014.

Sin embargo, esa fecha no puede ser tenida en cuenta como *dies a quo* porque el art. 142.5 LRJAP-PAC establece un criterio preciso (fecha de la curación o determinación del alcance de las secuelas), excluyendo cualquier otro, por lo que hay que determinar, de acuerdo con la doctrina de la *actio nata* antes referida, desde cuándo la interesada tuvo cabal conocimiento de los daños por los que reclama y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción.

Del aborto tuvo conocimiento obviamente cuando ocurrió, el 15 de enero de 2014 y, si lo achaca a la utilización de determinados productos en la operación quirúrgica sufrida el 21 de noviembre de 2013, desde aquella fecha ya pudo ejercer la acción de reclamación.

También reclama por la cicatriz de 7 cm que a la interesada le dejó como secuela la operación de 21 de noviembre de 2013. De tal secuela tuvo constancia una vez dada de alta hospitalaria, el 22 de noviembre, siendo citada para el 2 y 17 de diciembre, no acudiendo por distintos motivos. Finalmente, el 13 de enero de 2014 es informada del resultado de la intervención y de la necesidad de someterse a una nueva. Por tanto, como mínimo desde esa fecha sabe de la existencia de la cicatriz y de la necesidad de someterse a una nueva intervención. Dicho de otro modo, la afectada conoce el alcance de esa secuela.

Siendo, en consecuencia, al menos el 15 de enero de 2014 la fecha de la determinación del alcance de las secuelas (fecha en la que aborta y posterior a la que tiene conocimiento que debe someterse a una nueva intervención), y habiéndose presentado la reclamación el 24 de marzo de 2015, es evidente que se ha presentado superando el año de prescripción establecido en el art. 142.5 LRJAP-PAC.

Por otra parte, reclama por una alteración sensitiva con parestesia en la zona que va desde la mama hasta el brazo, de la que no hay constancia en la historia clínica de la interesada, por lo que ha de ser consecuencia de la segunda intervención, realizada en centro ajeno al SCS y cuya responsabilidad, por tanto, no es posible exigir.

Por último, reclama por los días de convalecencia, computándolos hasta el día de su alta laboral por el médico de cabecera (24 de marzo de 2014), fecha que, reiteramos, la interesada toma como inicial de para computar el años en el que puede ejercer la reclamación. Sin embargo, hemos de insistir que, conforme a consolidada jurisprudencia (SSTS 31 octubre 2000, 23 enero 2001, 24 febrero 2009 y 13 octubre 2010, entre otras muchas), el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto, que en este caso es la necesidad de someterse a una nueva intervención quirúrgica por mala praxis de la anterior, información que, como se dijo, la reclamante supo desde el 13 de enero de 2014, momento a partir del cual podía ya reclamar.

En consecuencia, como en los dos casos anteriores, la reclamación la ha presentado (14 de marzo de 2015) pasado más de un año después de aquella fecha, por lo que es igualmente extemporánea.

Habiendo prescrito el derecho a reclamar, como hemos afirmado en múltiples ocasiones (ver, por todos, el DCC 366/2016), ni este Consejo ni la Propuesta de Resolución deben entrar en el fondo del asunto, sino declarar la procedencia de desestimar la pretensión resarcitoria de la interesada por extemporaneidad de la reclamación.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo con la argumentación que se contiene en el Fundamento III, procede la desestimación de la reclamación efectuada, por haberse presentado extemporáneamente, según lo prevenido en el art. 142.5 LRJAP-PAC, cuya aplicación determina su inadmisión a trámite.

2. Por consiguiente, la Propuesta de Resolución, al entrar en el fondo de la cuestión planteada, no se ajusta a Derecho, debiéndose limitar a declarar que el derecho de la interesada a ser resarcida ha prescrito.