



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 5 9 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 12 de diciembre de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 347/2018 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 3 de noviembre de 2015 a instancia de (...), por los daños sufridos con ocasión de la asistencia recibida en dependencias del SCS.

2. El reclamante solicita por los daños morales sufridos una indemnización de 80.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), 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 (LPACAP), es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

---

\* Ponente: Sra. Marrero Sánchez.

Resulta igualmente aplicable el 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, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2. d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

También son de aplicación la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4. Conforme al art. 13.3 RPAPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de 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.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, modificada por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de medidas tributarias, financieras, de organización y relativas al personal de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, conforme a la resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

## II

1. El interesado expone, como fundamento de su pretensión, la siguiente sucesión de hechos:

El 20 de diciembre de 2013, bajo anestesia, se sometió a una operación quirúrgica llevada a cabo por la Dra. (...), Dr. (...) y la Dra. (...), mediante prótesis total bihupro de cadera izquierda.

Durante el postoperatorio aparecieron parestesias que según le confirmaron en el Hospital obedecían a que durante la operación le habían afectado los nervios ciático, tibial y peroneal.

Como consecuencia de ello, sufrió una parálisis total del pie izquierdo que le duró aproximadamente doce meses. Durante más de 30 días estuvo sin poderse desplazar, teniendo que estar en cama y realizándose las curas en casa. A lo que hay que añadir una úlcera en el talón izquierdo debido a carecer de sensibilidad y tener el pie apoyado las 24 horas sobre el mismo.

Con posterioridad, empezó la rehabilitación en el Centro de Salud de Arucas durante cuatro meses, durante los cuales se le prescribió el uso de morfina para poder calmar los intensos dolores.

Cuando pudo empezar a desplazarse lo hacía con ayuda de muletas, las cuales abandonó aproximadamente en el mes de junio de 2014.

Finalmente, en fecha 5 de noviembre de 2014, el Equipo de Valoración de Incapacidades de la Seguridad Social, determina que la incapacidad que padece le imposibilita totalmente para el desempeño de sus funciones propias como docente.

2. El SIP informa, a la luz de los informes obrantes en el expediente y de la historia clínica del paciente, lo siguiente:

«- Desde el año 2003, se estudia en historia clínica de atención primaria y hospitalaria, que el paciente está afecto de coxartrosis de cadera izquierda.

El paciente sigue acudiendo a control traumatológico con posterioridad, presentando procesos de dolor en la zona afectada y muslo izquierdo siendo su profesión profesor de educación física.

En informe de Traumatología del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín el 13 de octubre de 2010, anotan que el paciente no es subsidiario de sustitución protésica, pero debe limitar su actividad deportiva para no acelerar el deterioro articular.

A partir de junio de 2012 refiere a su médico de atención primaria que necesita un informe de discapacidad, se le solicitan radiografías para el mismo.

Tras tratamiento conservador, ejercicios infiltraciones, etc., no encuentra mejoría.

El 14 de mayo de 2013, en Consultas Externas de Traumatología se anota: "no aguanta más, apunto en lista de espera para prótesis de rodilla izquierda, grave coxartrosis".

Firma consentimiento informado y entra en lista de reserva quirúrgica para coxartrosis de cadera el 14 de mayo de 2013. Dicho consentimiento informado contiene entre otras complicaciones la neuralgia femorocutánea y las lesiones nerviosas.

Así, llegamos al 22 de mayo de 2013, donde en historia clínica de atención primaria escribe su médico: "dolor en cadera izquierda, refiere estar pendiente de intervención, sin trauma previo. Intervención programada por coxartrosis severa izquierda de larga evolución. Es bilateral pero más grave en el lado izquierdo".

- El 19 de diciembre de 2013 ingresa en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín para intervención quirúrgica el día 20 de diciembre. Se realiza prótesis total Bihapro de cadera izquierda (implante no cementado que persigue obtener un contacto íntimo y lo más amplio posible entre la cúpula del implante y la superficie ósea receptora). Cirugía efectuada sin problemas.

En el posoperatorio inmediato, el día 22 de diciembre se observa presenta afectación del Nervio Ciático Poplíteo Externo con alteraciones sensitivas en el pie (parestias).

Seguimiento por el Servicio de Traumatología del Hospital Dr. Negrín.

El 23 de diciembre de 2013 en vista de la afectación del Ciático Poplíteo Externo se solicita por parte del Servicio de Traumatología interconsulta urgente al Servicio de Rehabilitación traumatólogica. El mismo día de la petición el Servicio de Rehabilitación explora al paciente y anotan en historial clínico: "presenta paresia del CPE izquierdo, deambula con dos muletas, le han pautado órtesis (férula ante-equina), "se activa tratamiento rehabilitador de cara al alta", se pauta tratamiento analgésico.

Alta hospitalaria el 23 de diciembre de 2013.

Tras alta se recomienda caminar con bastones (muletas), retirar grapas a los 15 días de la intervención, seguir normas anti luxación de prótesis que se adjunta.

El 31 de diciembre de 2013 se remite al paciente a Neurofisiología, el informe dice: "pérdida de sensibilidad y caída de pie tras cirugía de cadera izquierda, posible neuro apraxia."

El 10 de enero de 2014 en historia clínica de atención primaria se anota que inicia RHB, se pautan 4 meses de tratamiento Rehabilitador.

Seguimiento, a su vez por parte del servicio de Traumatología.

El 14 de enero de 2014, en servicio de rehabilitación: "deambulación con dos muletas, debe usar órtesis pautada por Traumatólogo para deambulación, seguirá controles por Rehabilitación (sección de Neurología -Neurofisiología).

El paciente se realiza un EMG privado a fechas de 29 de enero de 2014, en este se concluye: "signos de Axotnometesis parcial más Neuroapraxia en tronco del Nervio Ciático Poplíteo Externo y solo Neuroapraxia en tronco del Nervio Tibial Posterior izquierdos con actividad muscular", "el proceso se encuentra en actividad para los músculos dependientes del C.P. Externo".

El 5 de febrero de 2014, en rehabilitación en CAE de Arucas, se anota que el paciente ya nota alguna actividad en los extensores.

El 21 de febrero el médico de atención primaria: "tras mejoría del dolor retiro A.

El 2 de abril de 2014, se anota en historia clínica: "Buena evolución en rehabilitación, mejoría en la fuerza muscular, continua con cojera y debilidad de la flexión dorsal del pie."

Así, el 23 de mayo de 2014: "buena evolución, camina sin apoyo, sin muletas, leve cojera, le han planteado invalidez para su trabajo, es profesor de educación física.

El 30 de mayo de 2014 en Consultas Externas de Traumatología escriben: "se ha recuperado del CPE".

En junio de 2014 alta por el Servicio de Rehabilitación.

El 20 de enero de 2015 en informe de Traumatología tras consulta sucesiva y ser valorado por la sección de Neurofisiología dice: "refiere que siente como hormigueo y sensación de dolor en pie, tendón extensor común funcionante. Rehabilitación suspendida, alta en consultas externas, solicito EMG".

En marzo de 2015, se realiza un estudio Neurofisiológico en Hospital Negrín, el juicio clínico tras realización de dicho estudio y realizado por los médicos especialistas del Servicio de Rehabilitación es: "1.- actividad denervativa aguda en músculos inervados por el nervio Peroneal común y nervio Tibial posterior de MII, así como en cabeza corta del musculo Bíceps femoral (porción peroneal del nervio Ciático por encima de la rodilla) con algunos signos de reinervación en dichos músculos (...) estos hallazgos podrían ser compatibles con lesión axonal parcial evolucionada de los dos componentes del nervio Ciático común aunque llama la atención la normalidad en la parte sensitiva de los nervios peroneal superficial y nervio sural izquierdos. 2.- lesión radicular crónica 13-14 bilateral. Se plantea control evolutivo en 8 meses."

La Axotnometesis parcial existente se va recuperando poco a poco, con signos de reinervación en los músculos.

En mayo de 2015 en consulta de Traumatología informan que ha habido recuperación del CPE. Radiología de cadera bien. Lleva alza de 8mm.

En historia clínica de Consultas Externas del Servicio de Traumatología del Hospital Dr. Negrín el 30 de mayo de 2014 anota el Traumatólogo: se ha recuperado del Ciático Poplíteo

externo; pedir EMG. El EMG se realiza en agosto de 2014, y en él se constata la mejoría, continuando en revisión con dicho Servicio.

El 20 de enero de 2015, el paciente obtuvo jubilación por incapacidad permanente total para su profesión, es profesor de educación física».

El SIP realiza las siguientes consideraciones:

«La coxartrosis es una artropatía degenerativa y no inflamatoria de la cadera que se caracteriza por dolores de tipo mecánico y rigidez, produciéndose un trastorno funcional que puede llegar a ser rápidamente discapacitante, se podrían considerar tres fases evolutivas, una coxartrosis incipiente, luego una evolucionada para llegar a coxartrosis final.

El dolor provoca una contractura funcional de reserva, que aumenta la rigidez propia del proceso articular, lo que motiva la claudicación más acentuada de la marcha y una reducción de la amplitud de los movimientos, cuando se llega a esta etapa los enfermos se despiertan por el dolor, la mayoría de los pacientes tiene una marcha antiálgica.

Los tratamientos dependen del estado de la artrosis, del estado general de salud, de la tolerancia al dolor, y de las limitaciones de la vida diaria impuestas por la enfermedad. Hay medidas de prevención, medidas paliativas y por último la intervención quirúrgica. El tratamiento quirúrgico convencional es la sustitución total de la cadera, prótesis total de cadera. En esta cirugía se sustituye tanto la parte femoral de la cadera (cabeza del fémur) como la acetabular (cavidad de la cadera), así se llama la cavidad en la pelvis.

Las prótesis cementadas son aquellas que utilizan un cemento especial para anclar los componentes del hueso.

El nervio Ciático Poplíteo Externo nace de la división del nervio Ciático y tiene una función principalmente sensitiva, por lo que su alteración va a cursar principalmente con alteraciones de la sensibilidad como parestesias (sensaciones extrañas desagradables) aumento o disminución del umbral sensitivo, dolor, neuralgia, pero también puede cursar con alteraciones motoras como la disminución de fuerzas.

La lesión nerviosa es una complicación infrecuente tras una artroplastia de cadera el nervio más susceptible de lesión es el Ciático.

El diagnóstico se basa en la exploración física (parálisis flácida y/o disminución de la sensibilidad con abolición de los reflejos osteotendinosos) y se confirma por estudios de Neurofisiología que permiten identificar el tipo de lesión (Neuroapraxia, Axonotmesis o Neurotmesis), localización, así como establecer el pronóstico funcional.

El tratamiento es fundamentalmente rehabilitador, buscando la estimulación de los músculos, así como prevenir las complicaciones y facilitar la deambulación, precisando en ocasiones la ayuda de órtesis).

La prevalencia de lesiones neurológicas sintomáticas es de un 0.6% al 7%, pero se han detectado hasta el 70% de lesiones subclínicas mediante estudios neurofisiológicos.

El nervio Ciático se lesiona en el 79%, muy por encima del resto de los nervios.

Hasta en el 57% de las lesiones ciáticas no es posible identificar con certeza la etiología.

El tratamiento rehabilitador varía según la evolución del déficit, en un primer tiempo va encaminado a prevenir las complicaciones, más tarde se adaptará a las deficiencias motoras y sensitivas.

En las lesiones del Ciático Popliteo Externo se prescribe férula antiequino.

Un pie equino es la caída constante del pie en flexión plantar, la persona no tiene control sobre la flexión y extensión del pie, como así ocurre en la lesión del nervio Ciático Popliteo Externo.

Las órtesis antiequino permiten levantar el empeine consiguiendo así una marcha fisiológica.

Axotomesis parcial es la interrupción anatómica del axón de forma parcial, el axón vuelve a regenerarse, pero se necesitan meses para que se efectúe.

Neuroapraxia es el bloqueo fisiológico del nervio, se recupera espontáneamente y desaparece en unas 4 a 6 semanas aproximadamente».

EL SIP llega a las siguientes conclusiones:

«1. Hay que reseñar que ningún tipo de cirugía está exenta de complicaciones o problemas posteriores a esta.

En el caso del reclamante, tengamos en cuenta que la cirugía efectuada, la artroplastia total de cadera izquierda, se efectúa después de largos años de tratamiento y vigilancia médica especializada.

La cirugía se realiza por que ya no quedaba más recurso para tratar la clínica que afectaba al paciente, como única opción para tratar la "severa coxartrosis que padecía".

2. El paciente aceptó la cirugía, estaba correctamente informado, conocía su patología y firmó el consentimiento informado correspondiente.

En dicho consentimiento informado figura como complicaciones derivadas de la cirugía, la neuralgia fémoro-cutánea y las lesiones nerviosas, entre otras.

Firma el C.I. el 14 de mayo de 2013, para prótesis total de cadera. Ello ocurre después de 10 años de controles médicos especializados.

Hay que reseñar que no hubo otros problemas como rotura o luxación de prótesis, ni infecciones etc. La artroplastia funcionó correctamente. Se han propuesto distintas etiologías

posibles, pero hasta en el 57% de este tipo de lesiones no se ha podido identificar con certeza la etiología, todo ello comprobado en bibliografía médica y también suscrito en informe del Jefe de Servicio de Traumatología del Hospital Dr. Negrín.

3. En informe clínico del Jefe De Servicio de Traumatología del Hospital Dr. Negrín se anota: "presentó en postoperatorio alteraciones sensitivas en pie y afectación de movilidad del pie, duró aproximadamente 12 meses (movimientos de extensión del pie y de los dedos), precisó uso de muletas 6 meses (los pacientes operados de prótesis de cadera usan muletas entre 3 y 6 meses tras la intervención), férula antequino (...) medicación analgésica y tratamiento rehabilitador durante 4 meses".

Se realizó seguimiento por el Servicio de Traumatología y en Informe del Jefe de Servicio del mismo refiere que se realizó Electromiograma en agosto de 2015, en el cual se constata evidente mejoría respecto a estudio previo, lo que se refleja escrito en dicho informe y en la historia clínica.

"La recuperación de la función es progresiva, cuando la lesión es parcial y es mas satisfactoria para la rama peronea del nervio Ciático (como es el caso)".

4. El paciente presentaba una patología severa que le impedía su trabajo habitual ya que su profesión era profesor de educación física. La cirugía no modificó su vida laboral, ya estaba suscrita a problemática antes de la misma, la prótesis en si fue exitosamente colocada

5. El hecho reclamado es inherente a la intervención y no constituye una actuación del cirujano contraria a la *lex artis*.

No se advierte mala praxis ni en la información dada al paciente, ni en el diagnóstico y tratamiento efectuado, tampoco con respecto al tiempo de actuación así como en las formas, siendo intención la mejoría de la clínica que afectaba al paciente, y que, de hecho mejoró».

### III

1. Como la acción para reclamar por responsabilidad de la Administración, conforme al art. 142.5 LRJAP-PAC (aplicable porque la reclamación se presentó con anterioridad a la entrada en vigor de la nueva ley 39/2015) prescribe, en los casos de daños físicos, conforme al criterio de la *actio nata*, al año desde la determinación de las secuelas, ante las dudas que presentaba el caso, este Consejo, con suspensión del plazo para dictaminar, solicitó que por el SIP se informe sobre la fecha en la que se pueden considerar estabilizadas las secuelas que presentaba el interesado a efectos de identificar el *dies a quo* de inicio del cómputo del plazo de prescripción.

El SIP, en su informe de 3 de octubre de 2018, hace constar que el paciente presentaba una lesión parcial del nervio CPE, (axotnometesis parcial), además de neuroapraxia como lesión leve del mismo.



El EMG de 29 de enero de 2014 habla de la patología existente, dictaminando la axotnometesis parcial del CPE y neuroaparaxia del nervio Tibial posterior, exponiendo la musculatura afectada por el mismo.

En el EMG de marzo de 2015 se interpretan los hallazgos como lesión axonal evolucionada y cronicidad de la misma.

Se especifican las lesiones en dicho estudio y las zonas de las extremidades afectadas, que son las mismas que ya fueron valoradas en enero de 2014, aunque con cierta mejoría funcional debido a la rehabilitación.

Se estima que, tras rehabilitación, este tipo de lesiones evolucionan, mejorando con el transcurso del tiempo, lo cual no modifica el hecho de que las secuelas ya estaban establecidas y se conocían.

La afectación neurológica expuesta seguía existiendo en 2017, pero las zonas afectas y el tipo de afectación son las que previamente se detectaron en enero de 2014.

La mejoría funcional es impredecible con exactitud y a veces puede mejorar después de más de 5 años de la lesión pero la lesión existe. Aunque pudiera producirse generación de inervación nueva, el daño ya está plasmado.

El SIP considera que desde enero de 2014 se conocen las lesiones neurológicas y las funciones afectadas de la extremidad inferior izquierda, las cuales siguen existiendo a posteriori, aunque con cierta mejoría de la funcionalidad.

2. Dado de nuevo el preceptivo trámite de audiencia, el interesado ante el informe el SIP, que sitúa el inicio del cómputo del plazo en enero de 2014 en base a un informe electromiográfico, manifiesta que no se puede situar la objetivación de las secuelas en base a un informe que no cita en ningún momento la existencia de las mismas y que por tanto no podía conocer. Es incuestionable que nadie le había informado que las lesiones iban a ser permanentes y es únicamente el Dictamen Evaluador de la Seguridad Social de 5 de noviembre de 2014 el que se refiere por primera vez a «lesiones definitivas».

Argumenta que no tiene conocimientos médicos para extraer tal conclusión de un informe que solo puede interpretar un facultativo (en tal informe no se hace referencia a ninguna secuela o lesión definitiva).

Que ningún médico de los que le atendieron le informó de la existencia de secuelas definitivas. Que no es hasta el Dictamen Evaluador citado de 5 de noviembre de 2014 de la Seguridad Social cuando se hace referencia a lesiones definitivas. Es más, el informe neurofisiológico realizado en el Hospital Dr. Negrín en el mes de marzo de 2015, se recoge «actividad denervativa aguda en músculos inervados por el nervio peroneal común y nervio tibial (...)». «Se plantea nuevo control evolutivo en un período de ocho meses».

Lo anterior indica a todas luces que incluso en marzo de 2015 no estaban determinadas las secuelas pues se habla de «control evolutivo».

Por tanto, entiende que la reclamación presentada el 3 de noviembre de 2015 está interpuesta dentro del plazo legalmente estipulado.

3. Sobre la prescripción del derecho a reclamar, reiteradamente se ha recordado que, según la jurisprudencia del Tribunal Supremo:

«(...) 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 1.969 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 inicia 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 (...)».

En relación al inicio del cómputo del plazo en el caso de daños físicos, la sentencia de 27 de octubre de 2004 explica que «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 -art. 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 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.

4. En el presente caso, el interesado reclama por los supuestos daños que le provocaron la intervención quirúrgica de que fue objeto el 20 de diciembre de 2013, en particular mediante prótesis total bihupro de cadera izquierda.

Según el SIP, estamos ante una lesión permanente -lesión parcial del nervio CPE (axotnometesis parcial), además de neuroapraxia como lesión leve del mismo. En marzo de 2015 se interpretan los hallazgos como lesión axonal evolucionada y cronicidad de la misma. Se especifican las lesiones y las zonas de las extremidades afectadas, que son las mismas que ya fueron valoradas el 29 de enero de 2014, aunque con cierta mejoría funcional debido a la rehabilitación.

Por tanto, desde esa fecha (29 de enero de 2014) se conocen las lesiones neurológicas y las funciones afectadas de la extremidad inferior izquierda, las cuales siguen existiendo a posteriori, aunque con cierta mejoría de la funcionalidad.

De lo anterior se colige, pues, que esa es la fecha de inicio del plazo de prescripción ya que desde ese momento pudo ejercer, conforme a la jurisprudencia citada, su derecho a reclamar.

Siendo, por tanto, esa la fecha de la determinación del alcance de las secuelas y habiéndose presentado la reclamación el 3 de noviembre de 2015, es evidente que se ha presentado superando ampliamente el año de prescripción establecido en el art. 142.5 LRJAP-PAC.

5. Habiendo prescrito el derecho a reclamar, como hemos afirmado en múltiples ocasiones (ver por todos el DCC 366/2017), ni este Consejo ni la Propuesta de Resolución deben entrar en el fondo del asunto, sino limitarse a desestimar la pretensión resarcitoria de los interesados por extemporaneidad de la reclamación.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, aun cuando desestima la pretensión resarcitoria también por entender que el reclamante había ejercido su derecho a reclamar fuera del plazo de un año establecido en el art. 142.5 LRJAP-PAC, no se ajusta a Derecho al entrar en el fondo de la cuestión planteada, debiéndose limitar a declarar que el derecho del interesado a ser resarcido ha prescrito, tal como se razona en el Fundamento III.