

Expediente Núm. 198/2014
Dictamen Núm. 251/2014

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de octubre de 2014, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 21 de julio 2014 -registrada de entrada el día 28 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 19 de abril de 2013, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Refiere que en el año 2003 fue “diagnosticada de esclerosis múltiple mixta con brotes (...), estando controlada por el Servicio de Neurología del

Hospital "X", y que el 19 de abril de 2012 se le practica en el Hospital "Y" "una histerectomía total, doble anexectomía, extirpación de nódulo sobre músculo pectíneo, linfadenectomía pélvica y paraaórtica hasta mesentérica inferior y resección de implantes peritoneales por adenocarcinoma de endometrio. En el posoperatorio inmediato presentó una monoparesia completa de la pierna izquierda, valorada por parte del Servicio de Neurología, que en principio no la asoció a parálisis posquirúrgica del nervio ciático poplíteo izquierdo y lo consideró un brote de esclerosis múltiple (...). El 30 de abril de 2012 fue alta hospitalaria, con persistencia de la paresia". Añade que "el 5 de mayo de 2012 (...) acude al Servicio de Urgencias del Hospital "Y" por persistencia de la anestesia en el pie y pierna, incapacidad para la deambulación, refiriendo que el cuadro actual no tiene ninguna similitud con los brotes de esclerosis previos. El traumatólogo de guardia descartó relación con su especialidad y (la) deriva a consulta de Neurología", que "descarta un brote de esclerosis y plantea el diagnóstico de afectación del nervio ciático poplíteo izquierdo", diagnosticándosele en el Servicio de Neurología del Hospital "X" "afectación L5-S1 izquierda severa por afectación axonal poscirugía ginecológica".

Manifiesta que realiza tratamiento rehabilitador con escasos resultados y que precisa silla de ruedas, andador y supervisión de otra persona. Expone que el 8 de febrero de 2013 el Servicio de Neurología del Hospital "X" le informa de que "además de la esclerosis múltiple mixta con brotes y carácter levemente progresivo, padece una afectación periférica del miembro inferior izquierdo por daño en las raíces lumbo-sacras, teniendo en cuenta que a la paciente se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retroperitoneal parece haber una relación causa-efecto; añadiendo que la paresia severa con afectación distal del MII persiste a pesar de haber recibido tratamiento rehabilitador prolongado, y el pronóstico funcional no es bueno".

Afirma que en el informe emitido, a petición de parte, por un especialista en Valoración del Daño Corporal se señala que "la reclamante, como consecuencia de la intervención quirúrgica, sufre una paresia del miembro inferior izquierdo por lesión de las raíces lumbo-sacras. Se puede establecer

una relación causa-efecto entre la intervención quirúrgica, las lesiones ocasionadas (...) y las secuelas resultantes, basándose tanto en la evidencia clínica (...) como en el cumplimiento de los criterios de causalidad”.

Considera que se cumplen los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, puesto que los daños que sufre son consecuencia de la intervención quirúrgica a que fue sometida.

Valora el daño ocasionado en quinientos sesenta mil novecientos veintidós euros con sesenta y cinco céntimos (560.922,65 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 25 puntos de secuelas por monoparesia del miembro inferior, 32.050 €; un 10% de factor de corrección, 3.205 €; incapacidad permanente absoluta y necesidad de ayuda de tercera persona, 382.303,74 €, y ayuda a familiares afectados, 143.363,91 €.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Ginecología del Hospital “Y”, de 30 de abril de 2012. b) Informe del Servicio de Ginecología del Hospital “Y”. c) Informe de alta del Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, de 5 de mayo de 2012. d) Notas de progreso del Hospital “Y”, de 9 de mayo de 2012. e) Informes del Servicio de Rehabilitación Domiciliaria, de fechas 20 de junio y 1 de agosto de 2012. f) Informe del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital “X”, de 30 de noviembre de 2012. g) Informe evolutivo del Servicio de Neurología del Hospital “X”, de 8 de febrero de 2013. h) Informe elaborado a petición de la reclamante por un especialista en Valoración de Daño Corporal el 2 de abril de 2013.

2. Mediante escrito notificado a la perjudicada el 8 de mayo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 8 de mayo de 2013, el Inspector de Prestaciones y Servicios Sanitarios designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia

del Área Sanitaria V y al Hospital "Y" una copia de la historia clínica de la interesada y un informe de los servicios intervinientes en la atención dispensada.

4. Con fecha 24 de mayo de 2013, la reclamante solicita que "se tenga por ampliado mi escrito de reclamación en el sentido de considerar como una de las causas de la misma la falta de consentimiento informado", ya que entiende que "de la documentación que le fue facilitada por dicho hospital (...) se deduce que (...) no fue debidamente informada con rigor, detalle y exactitud de los riesgos y consecuencias de la intervención quirúrgica que se le iba a realizar".

5. Mediante escritos de 16 de mayo de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V traslada la reclamación presentada a la compañía aseguradora y remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente y el informe emitido por el Servicio de Neurología del Hospital "X". El citado informe, de fecha 8 de febrero de 2013, refiere un diagnóstico de "parálisis distal de MII por lesión severa de raíces lumbosacras (L5, S1, S2)", y señala que "se trata de una paciente con una esclerosis múltiple (...) que tras una cirugía ginecológica presenta una paresia distal severa de MII. Tanto las características clínicas como la aparición del déficit y los estudios electromiográficos concluyen que no se trata de un nuevo brote de su enfermedad, sino de una afectación periférica; los estudios iniciales sugieren más una afectación de plexo lumbar bajo. Teniendo en cuenta que a la paciente se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retro-peritoneal parece haber una relación causa-efecto./ La paciente ha recibido tratamiento rehabilitador prolongado, pero en el momento actual persiste una paresia severa con afectación distal del MII. El pronóstico funcional en estos momentos transcurrido más de un año del proceso es malo".

6. El día 12 de junio de 2013, el Gerente del Hospital "Y" envía al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica

relacionada con el objeto de reclamación y los informes solicitados. La historia clínica incorpora un documento de consentimiento informado para la realización de histerectomía radical, firmado por la paciente el 4 de abril de 2012, en el que figura como indicación quirúrgica "adenoca. de endometrio" y que la intervención consiste en la "extirpación del útero". En él se relacionan las "complicaciones específicas de la intervención quirúrgica por orden de frecuencia", ocupando las "lesiones vasculares y neurológicas" el último lugar de las que se citan.

El informe del Servicio de Neurología del Hospital "Y", de fecha 6 de junio de 2013, consigna que "se trata de una paciente ingresada en el Servicio de Ginecología de la Fundación (...) Hospital "Y" que había sido intervenida el 19 de abril de 2012 de un adenocarcinoma tipo endometroide grado II con realización de una histerectomía abdominal y doble anexectomía con linfadenectomía aortoiliaca./ Diagnosticada desde el año 2003 de esclerosis múltiple". Precisa que tras la intervención la paciente refiere "pérdida de la sensibilidad de todo el miembro inferior izquierdo (...). Puesto que la clínica era similar a brotes previos, la exploración era compatible con una afectación central, había una cirugía reciente, el diagnóstico fue de brote de esclerosis múltiple". No se prescriben inicialmente corticoides, ya que "el riesgo de infección era alto", y "se decide esperar a iniciar el tratamiento hasta que se consolide la herida quirúrgica (...). A los siete días de la intervención (...) se inicia el tratamiento corticoideo". Añade que, "vista la evolución hacia la recuperación (...), se programa tratamiento con corticoides (...), se solicita una férula (...), se pautan indicaciones para valoración en Rehabilitación (...), se le indica que deberá ser valorada en su centro (...). La paciente vuelve a ser valorada por mí mismo el día 9 de mayo de 2012 (...). Me refiere que no ha mejorado (...) y que habitualmente sus brotes responden mucho antes, que ya ha sido vista en Neurología del Hospital "X", donde se considera el cuadro más compatible con una parálisis posoperatoria del ciático poplíteo-externo (...). A partir de esta fecha no he vuelto a ver a la paciente y debe haber sido seguida en su centro de referencia". Concluye que "la afectación inicial de la paciente

era compatible con una afectación del sistema nervioso central (...). La cirugía es una causa conocida de presentación del brote de enfermedad desmielinizante. Las complicaciones neurológicas están contempladas dentro del propio acto quirúrgico de una neoplasia como la que tenía la paciente”.

Con fecha 7 de junio de 2013, un facultativo del Servicio de Ginecología del Hospital “Y” emite un informe en el que indica que la paciente, diagnosticada de esclerosis múltiple en diciembre de 2003, fue sometida a una intervención quirúrgica el 19 de abril de 2012, practicándosele una “histerectomía total, doble anexectomía, linfadenectomía pélvica, paraaórtica y resección del nódulo situado sobre el músculo piriforme en intervención quirúrgica conjunta con el Servicio de Cirugía Vascular”. El diagnóstico es de “adenocarcinoma de endometrio tipo endometroide IA G 2”, y especifica que “el primer día posoperatorio comienza con parestesia en pierna izquierda, por lo que se solicita valoración al Servicio de Neurología”.

7. Con fecha 7 de febrero de 2014, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él señala que la reclamante ingresa “el 17 de abril de 2012 (...) en el Hospital “Y” con el diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio”, que se le propone intervención quirúrgica que acepta y que “el día 19-04-2012 se realiza bajo anestesia general laparotomía media infra umbilical”. Se efectúa un “lavado pélvico y de ambas goteras parabólicas para citología, histerectomía total y doble anexectomía, extirpación del nódulo sobre el músculo pectíneo izquierdo (...). Se continúa con linfadenectomía pélvica y paraaórtica hasta mesentérica inferior. Se biopsian zonas de implantes a nivel de Douglas y pared de sigma. Tras la cirugía no queda tumor macroscópico”.

Aclara que la paciente “presenta un brote de esclerosis múltiple que precisa valoración y tratamiento con corticoides por parte del Servicio de Neurología (...). El 5 de mayo de 2012 acude a Urgencias de H. `Y´ y refiere monoparesia de EII, conocida desde su ingreso anterior (...). Se deriva a Neurología (...). El 9 de mayo de 2012 es vista nuevamente en Neurología de

‘Y’, que informa ‘(...) que no ha mejorado más de lo descrito en el informe de alta y que habitualmente sus brotes responden mucho antes, que ya había sido vista en Neurología del Hospital “X”, donde se considera el cuadro más compatible con una parálisis posoperatoria del ciático poplíteo-externo’.

Reseña que en el citado informe se añadía, a modo de comentario, que “la afectación inicial de la paciente era compatible con una afectación del sistema nervioso central (...). La cirugía es una causa reconocida de presentación de brote de enfermedad desmielinizante. Las complicaciones neurológicas están contempladas dentro del propio acto quirúrgico de una neoplasia como la que tenía la paciente”. Indica que a partir de ese momento “es tratada por Neurología de H. ‘X’”, y que el informe de continuidad del citado Servicio refiere que “se trata de una paciente con (...) esclerosis múltiple pero que tras una cirugía ginecológica presenta una paresia distal severa de MII. Tanto las características clínicas como la aparición del déficit y los estudios electromiográficos concluyen que no se trata de un nuevo brote de su enfermedad, sino de una afectación periférica; los estudios iniciales sugieren más una afectación de plexo lumbar bajo. Teniendo en cuenta que (...) se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retroperitoneal parece haber una relación causa-efecto./ La paciente ha recibido tratamiento rehabilitador prolongado, pero en el momento actual persiste una paresia severa con afectación distal de MII. El pronóstico funcional en estos momentos, transcurrido más de un año del proceso, es malo”.

Afirma que la paciente ingresó en el Hospital “Y” para cirugía programada con diagnóstico de adenocarcinoma de endometrio y que se realizó la “histerectomía (...), la resección del nódulo pectíneo (...) y la linfadenectomía. Se completó con la linfadenectomía de los obturadores. Se quitaron los implantes en Douglas./ En el curso del posoperatorio inmediato la paciente comenzó a referir un cuadro de monoparesia en la extremidad inferior izquierda que impresionaba de características centrales, dados los antecedentes de la paciente, la similitud con brotes previos y el hecho de que la cirugía puede ser desencadenante de un brote de enfermedad desmielinizante (...). Más adelante

las características clínicas y los estudios electromiográficos concluyen que no se trata de un nuevo brote de su enfermedad, sino de una afectación periférica, y más concretamente una afectación de plexo lumbar bajo. Teniendo en cuenta que a la paciente se le realizó una cirugía abdominal amplia con manipulación del espacio retro-peritoneal parece haber una relación causa-efecto./ Las complicaciones neurológicas están contempladas dentro del propio acto quirúrgico (...) y figuran descritas como complicaciones específicas en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente”.

En atención a ello, sostiene que la monoparesia del miembro inferior izquierdo que padece la reclamante está “probablemente en relación con la manipulación del espacio retroperitoneal a causa de la amplia cirugía abdominal a que fue sometida. El riesgo está descrito en el consentimiento informado para este tipo de cirugías./ Por tanto, cabe concluir pronunciamiento en contra de la reclamación patrimonial planteada, por cuanto el proceder de los servicios médicos y quirúrgicos del Hospital “Y” fueron correctos en todo momento, realizándose la atención a la paciente de forma adecuada, con las intervenciones de acuerdo con la clínica que presentaba (...) y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos”.

8. Mediante escrito de 12 de febrero de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario remite una copia del informe técnico de evaluación a la Fundación Hospital “Y” y al día siguiente a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, trasladando también una copia del expediente completo a la correduría de seguros.

9. Con fecha 19 de marzo de 2014, y a instancia de la entidad aseguradora, un médico especialista en Neurología suscribe un informe médico. En él concluye que “se trata de una paciente diagnosticada de esclerosis múltiple recurrente remitente de unos 10 años de evolución a la que se le diagnostica de un adenocarcinoma de útero y se le propone tratamiento quirúrgico electivo que (...) acepta (...). La intervención transcurre sin incidencias (...). Se trata de una

intervención compleja en la que tienen que colaborar dos equipos quirúrgicos (Ginecología y Cirugía Vasculat) (...). Un día más tarde la paciente nota pérdida de sensibilidad en la pierna izquierda (...). Por este motivo se consulta con Neurología que (...) establece como diagnóstico más probable la reactivación de la enfermedad de base de la paciente en forma de un nuevo brote y se establece un tratamiento acorde con este diagnóstico (...). La paciente fue dada de alta el día 30 de abril de 2012 y 5 días más tarde acude a Urgencias aquejando falta de mejoría de la clínica y su impresión personal de que la evolución de este cuadro no era la habitual en un brote de esclerosis múltiple (...). En la valoración clínica realizada en este episodio asistencial también se sospecha que puede tratarse de una lesión del sistema nervioso periférico (...). Se remite la paciente a Neurología, que la valorará tres días más tarde (...). Se confirma la sospecha clínica y se solicita EMG. Los resultados de esta prueba confirman el diagnóstico definitivo de afectación severa de raíces nerviosas lumbares y sacras que conforman el nervio ciático (...). La paciente siguió tratamiento rehabilitador hasta septiembre de 2012 pero la mejoría fue discreta (...). A la vista de todo lo referido podemos decir que (...) sufrió una lesión en las raíces nerviosas del plexo lumbosacro que conforman el nervio ciático mayor de la pierna izquierda (...). Es muy probable que esta lesión se produjera en el transcurso de la intervención quirúrgica (...) necesaria para poder extraer la totalidad del tumor y los tejidos y ganglios próximos con posible infiltración, dado que el útero y sus anejos se sitúan en el espacio retroperitoneal en estrecha relación anatómica con el plexo lumbosacro (...). Esta es una complicación infrecuente pero posible y como tal está reflejada en el consentimiento informado que firmó la paciente antes de la intervención (...). La severidad de la lesión conduce a una evolución desfavorable a pesar del tratamiento rehabilitador y a que (...) presente una secuela sensitiva y motora en su pierna izquierda que, por el tiempo transcurrido, puede estimarse como definitiva”.

10. Mediante escrito notificado a la reclamante el 3 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Consta incorporada al mismo una diligencia en la que se hace constar que un representante de aquella, debidamente acreditado, toma vista del expediente el 9 de abril de 2014.

11. El día 23 de abril de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V que envíe nuevamente los cinco informes del Servicio de Neurología obrantes en la historia clínica, por ser sus copias ilegibles; circunstancia que se comunica a la perjudicada el día 30 de ese mismo mes. Las citadas copias son remitidas el 16 de mayo de 2014.

12. Con fecha 28 de abril de 2014, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que manifiesta que no dispone de la documentación que obraba ilegible en el expediente y cuyas copias se han solicitado. Indica, "por lo que respecta al consentimiento informado", que "los formularios firmados por la reclamante no reúnen los requisitos exigidos para que puedan ser considerados como documentos (que) faciliten al paciente una información que contenga los datos y elementos adecuados al objeto de poder tomar una decisión trascendente./ Si bien es cierto que recoge posibles lesiones vasculares y neurológicas (sin ninguna concreción anatómica y se consideran además las menos frecuentes), la generalidad y falta de datos concretos sirve para justificar cualquier daño quirúrgico (...). Para la prestación de un consentimiento libre y voluntario es indispensable que la información que se proporcione al paciente sea objetiva, veraz y completa, lo que no sucede en este caso, que se trata de un mero formulario./ Si a la reclamante le hubieran informado de que existía la posibilidad de que tras realizar la intervención quirúrgica pudiera quedar postrada en una silla de ruedas para toda su vida no

hubiera prestado su consentimiento (...). A las pocas horas de finalizar la intervención quirúrgica (...) ya manifestó (...) que no sentía nada en la pierna izquierda (...). Lo achacaban a un brote y pese a su insistencia (...) nadie efectuó prueba o puso remedio alguno (...). Hasta (...) 16 días después de la intervención quirúrgica (...) no se inician las pruebas que concluyen que la patología no tiene nada que ver con la esclerosis./ Si el mismo día de la intervención la reclamante manifiesta con insistencia y reiteración que ni siente ni mueve la pierna y uno de los peligros de la intervención es la posibilidad de lesión neurológica lo normal y lógico sería descartar dicha lesión. Las consecuencias de las lesiones podrían ser distintas y de menos entidad y gravedad si ese mismo día o en los inmediatos posteriores se hubiera detectado la lesión e intentado solucionarla". Añade que la doctora que la atendió en el Hospital "X" "le manifestó su extrañeza por la pasividad de los médicos del Hospital "Y" (...) y le expresó su opinión de que le habían cortado el nervio ciático, porque si solo hubiera sido 'tocado' dicho nervio ya estaría recuperada". Sobre la rehabilitación realizada en el Centro de Salud de Pumarín "le manifestaron que era una pérdida de tiempo continuar con la misma". Resalta que "los dictámenes obrantes en el expediente (...) reconocen que las lesiones de la reclamante se producen en el quirófano por lesión en el plexo lumbar dentro de la manipulación retroperitoneal".

Añade que presenta un grado de discapacidad del 79% y acredita la necesidad de tercera persona para los actos de la vida diaria. Solicita que se reconozca la responsabilidad patrimonial de la Administración y se la indemnice con la cantidad inicialmente señalada.

13. El Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario, una vez recibidas las copias solicitadas, mediante oficio notificado a la reclamante el 29 de mayo de 2014, le concede un segundo trámite de audiencia. No consta la presentación de nuevas alegaciones.

14. Con fecha 25 de junio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario traslada las alegaciones presentadas a la compañía aseguradora.

15. El día 3 de julio de 2014, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella sostiene que “en el caso que nos ocupa, y entrando en el análisis de los hechos que motivan la reclamación, esta debe ser desestimada, ya que (...) la actuación de la Administración sanitaria fue correcta y adaptada a los conocimientos científicos y a la *lex artis*, por cuanto el proceder de los servicios médicos del Hospital “Y” fue correcto en todo momento, realizándose la atención a la paciente de forma adecuada, con las intervenciones de acuerdo a la clínica que presentaba y con las recomendaciones terapéuticas coherentes con los hallazgos obtenidos. La paciente, con antecedentes de esclerosis múltiple desde el año 2003, tras la realización de una histerectomía presenta un cuadro de monoparesia del MII (...). Es muy probable que esta lesión se produjera en el curso de la intervención quirúrgica (...). Aunque es una complicación infrecuente, el riesgo está descrito para este tipo de cirugías en el consentimiento informado que firmó la paciente antes de la intervención. Si bien inicialmente se interpretó el cuadro como un brote de la enfermedad desmielinizante que padece, la evolución y los estudios electromiográficos orientaron hacia una afectación periférica, probablemente en relación con la manipulación del espacio retroperitoneal a causa de la amplia cirugía abdominal a que fue sometida (...). La actuación médica de los facultativos de los servicios médicos del Hospital “Y”, y en especial de los Servicios de Ginecología y Neurología, así como el Servicio de Neurología del Hospital “X”, que intervinieron en el proceso diagnóstico y terapéutico de (la reclamante) fue acorde con el conocimiento actual de la medicina basada en la evidencia, adoptándose las decisiones y procedimientos de manera adecuada a los hallazgos clínicos en cada momento y conforme a la *lex artis ad hoc*”.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de julio de 2014, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido

el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. 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". En el supuesto ahora examinado la reclamación se presenta con fecha 19 de abril de 2013, habiendo tenido lugar el hecho que la motiva -la intervención quirúrgica de histerectomía radical de la que traen causa los daños alegados- el día 19 de abril del año anterior, por lo que basta acudir al principio del dies a quo non computatur in termino, conforme a su interpretación jurisprudencial, para concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo legal.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución. Ahora bien, sobre la necesaria incorporación de informe de los servicios afectados, debe señalarse que obran en el expediente los emitidos por los Servicios de Ginecología y de Neurología del Hospital "Y" con posterioridad a la presentación de la reclamación; sin embargo, el informe del Servicio de Neurología del Hospital "X" que la Gerente del Área Sanitaria V envía al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios fue emitido el 8 de febrero

de 2013 en el curso del seguimiento de la paciente. Este Consejo ha reiterado (Dictamen Núm. 222/2013, entre otros) que el trámite de emisión de informe del servicio o servicios implicados en la reclamación no puede entenderse cumplido con la incorporación de los evacuados por ellos durante el proceso sanitario asistencial, y, por tanto, con anterioridad al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial. El artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial demanda la elaboración de un informe posterior a la presentación de la reclamación, que no puede suplirse por la información que sobre el proceso asistencial consta en el historial clínico respectivo, ya que ello impide conocer la versión que el servicio implicado pueda tener sobre datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada.

Además, apreciamos que la instrucción del procedimiento no ha contribuido a aclarar ciertos hechos que pueden tener gran trascendencia a la hora de analizar si el servicio público sanitario frente al que se reclama se ajustó en todas sus actuaciones a la *lex artis*. La reclamación inicialmente presentada por la perjudicada atribuye la parestesia del miembro inferior izquierdo que sufre a la intervención quirúrgica de histerectomía radical a que fue sometida, y sobre ello se pronuncian los informes técnicos emitidos. Sin embargo, en el curso del trámite de audiencia introduce un nuevo factor como causante de sus padecimientos, y así señala, en relación con el diagnóstico inicial de "brote de esclerosis", que "las consecuencias de las lesiones podrían ser distintas y de menos entidad y gravedad si ese mismo día o en los inmediatos posteriores se hubiera detectado la lesión e intentado solucionarla". Este extremo es ignorado por la propuesta de resolución, a pesar de que ninguno de los informes técnicos emitidos da respuesta a si la afirmación de la reclamante es correcta o no, ni determinan qué resultados se habrían obtenido si se hubiera detectado desde el primer momento que el origen de la afección neurológica no era central sino periférico.

Tal y como hemos señalado en anteriores dictámenes, la finalidad de la instrucción del procedimiento no es otra que la de proporcionar al órgano competente para resolver los elementos de juicio imprescindibles para dictar

una resolución acertada. Por ello, al término de la instrucción deberán estar claros los hechos y las circunstancias en que se produjo el daño que da lugar a la reclamación, con arreglo a los cuales habrá de pronunciarse la resolución. Así lo establece el artículo 7 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, que encomienda al instructor la práctica de los actos “necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución”. De acuerdo con el principio de oficialidad, la labor del instructor del procedimiento ha de ser la de traer al expediente toda la información que, en hipótesis, pudiera resultar necesaria para decidir el asunto, sin perjuicio de que, con posterioridad fundamente su propuesta en los hechos o razonamientos jurídicos que juzgue convenientes. Esta labor de indagación ha de ejercerse con la finalidad de garantizar el acierto de la resolución que finalmente recaiga, para lo cual resulta imprescindible conocer la realidad de las circunstancias, planteadas o no por los interesados, que pudieran tener trascendencia en la decisión final. En este sentido, no puede ignorarse que el artículo 89.1 de la LRJPAC, al que remite el artículo 13.2 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial obliga a la Administración a decidir, so pena de incongruencia, sobre “todas las cuestiones planteadas por los interesados y aquellas otras derivadas del mismo”.

En este caso, la falta de informes técnicos sobre las consecuencias que para el daño sufrido por la perjudicada pudiera tener el retraso en el diagnóstico adecuado adquiere una relevancia especial en orden a determinar la responsabilidad del servicio público sanitario. Por tanto, deberán emitirse los correspondientes informes técnicos que determinen en qué medida influye en el resultado dañoso -parestesia del miembro inferior izquierdo- la ausencia de detección de la lesión nerviosa periférica con carácter inmediatamente posterior a la intervención quirúrgica.

En consecuencia, no procede dictar en este momento una resolución que ponga fin al procedimiento, debiendo retrotraerse el mismo al objeto de incorporar los informes señalados y, una vez otorgada nueva audiencia a la

interesada y formulada otra propuesta de resolución, deberá recabarse de este Consejo el preceptivo dictamen.

En mérito a lo expuesto, este Consejo entiende que no cabe en el estado actual de tramitación un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada, y que debe retrotraerse el procedimiento al objeto de practicar cuanto queda expuesto en el cuerpo del presente dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,