

Expediente Núm. 208/2016
Dictamen Núm.214/2016

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 22 de septiembre de 2016, 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 27 de julio de 2016,-registrada de entrada el 1 de agosto del mismo año- examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de una artroplastia de cadera realizada en el servicio público sanitario.

1. Con fecha 16 de octubre de 2015, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que atribuye a la actuación del servicio público sanitario.

Expone que “con fecha 28 de febrero de 2008 es intervenida en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital ‘X’, colocándole una artroplastia ASR izquierda (3/81.602) no especifican de qué material es (artroplastia total de cadera tipo de superficie)./ Con fecha 16 de junio de 2008 es derivada al servicio de Dermatología por erupción en pierna operada de

prótesis de cadera, solicitando valoración y tratamiento (...). Aunque le indicaban que la evolución era normal, lejos de mejorar su estado fue empeorando. El 14 de agosto de 2009 el Servicio de Traumatología del Hospital 'X' (...) indica que aprecia 'una clara claudicación así como una clara disimetría de la extremidad intervenida por lo que se recomienda la colocación de plantilla', en el mismo informe se añade 'aunque la evolución, hasta el momento, es satisfactoria, la paciente debe de evitar realizar movimientos forzados con la cadera operada así como permanecer largo tiempo de pie. Se aconseja la utilización de medicación analgésica si precisa'./ En este mismo servicio, con fecha 19 de enero de 2010 se informa 'La evolución muestra una limitación para la movilidad de cadera muy manifiesta que se mantiene con el paso de los años (...). Esta paciente tiene dificultades para agacharse, calzarse, debido a una limitación de la flexión en la cadera operada. Tampoco debe de permanecer tiempo seguido caminando o de pie ni hacer esfuerzos o movilizaciones de la cadera operada'./ En junio de 2010 la derivan a rehabilitación sin experimentar mejoría (...). El 26 de enero de 2011 además de lo anterior se añadía: '(...) en estos momentos no se contempla ningún tipo de tratamiento que mejore esta severa limitación por lo que necesita la ayuda de otra persona para realizar las actividades de aseo personal y domésticas' (...). Lejos de mejorar su estado iba empeorando y tenía fuertes dolores. Solicita con fecha 6 de septiembre de 2011 a través del Servicio de Atención al Paciente una segunda opinión en el Hospital 'Y' (...). Al no recibir respuesta fue a un médico particular, teniendo que pagar la consulta. Sigue sin tener respuesta del Hospital 'X', por lo que personalmente hace gestiones para ser atendida en 'Y' (...). El 13 de febrero de 2012 es intervenida en el Hospital 'Y' (...), le suprimieron la pieza que tenía por otra nueva de otro material (...). Posteriormente se entera que la prótesis que primero le habían colocado tenía cobalto, tuvieron que pedir al Instituto Nacional que realizaran analíticas de cobalto y cromo y, sale en la prensa que las prótesis que se colocaban en el Hospital 'X' tuvieron que dejar de colocarlas por los efectos secundarios que causaban al ser defectuosas (...). Presenta: Secuelas, dolores y limitaciones y contaminación. Movilidad articular MII: Flexión pasiva 85º-90º con pie duro y

presencia de dolor al final del recorrido. Flexión activa 80º-85º. Extensión 0º ABD: 5º (compensación lumbar). Balance muscular global MII: 4/5, dificultad para flexionar el tronco en posición de sedestación. Marcha con ayuda de bastón inglés. Acortamiento MID en relación a extremidad inferior intervenida./ Precisa ayuda para aseo y vestido de miembros inferiores, CAI Barthel Inicio 90, alta 91 (...). Posteriormente tuvo otra intervención en el Hospital `Y´ por calcificaciones, antes de la operación le dieron sesiones de quimioterapia en el Hospital `Z´. En el informe del Hospital `Y´ de 2012 al ser dada de alta de la primera operación de `Y´ se dice: complicación mecánica no especificada de dispositivo ortopédico interno, implante, e injerto (...). Después de estas dos operaciones inició rehabilitación que fue suspendida por empeoramiento (...). El 22 de octubre de 2014 le hicieron una resonancia en el Hospital `Y´ (...). Sigue con revisiones en el Hospital `Y´ (...) y está pendiente de realizar una nueva placa”.

La interesada concluye señalando que “la prótesis que le fue colocada en el Hospital `X´ por el material con el que estaba hecha era contaminante y era defectuosa por lo cual tuvo que ser sometida cada tres meses a analíticas de mechones de pelo y recogidas de orina de 24 horas, prótesis que tuvieron que dejar de ponerse, por ello tuvo que ser operada para reemplazarla y volver a ser operada por las calcificaciones de la prótesis. Ahora presenta una limitación de la movilidad de cadera muy manifiesta que se mantiene con el paso de los años y los tratamientos seguidos, tiene dificultades para agacharse, calzarse, no puede permanecer mucho tiempo de pie, ni caminando, ni sentada, ni hacer esfuerzos, como mejor está es echada con la pierna estirada. Se le ha dicho que no se contempla ningún tratamiento que mejore esta severa limitación y que necesita ayuda para actividades de aseo personal y domésticas”.

Solicita una indemnización de 300.000 euros “por los dolores sufridos y las limitaciones y secuelas”.

2. Mediante escrito de 27 de octubre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la

Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias la presentación de la reclamación.

3. Mediante escrito de 3 de noviembre de 2015, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria III de Avilés que le remita un informe del Servicio interviniente (Servicio de Traumatología) así como una copia de la historia clínica de la interesada.

En la misma fecha solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V de Gijón una copia de la historia clínica obrante en el Hospital "Y" relativa al proceso de referencia.

4. En oficio notificado a la interesada el 13 de noviembre de 2015, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias -16 de octubre de 2015-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. El Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite el 10 de noviembre parte de la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios y a la correduría de seguros.

6. El 11 de noviembre de 2015, la médico de cabecera de la interesada remite copia de la historia clínica. En la misma figuran los siguientes documentos: a) Ficha de la paciente. b) Anamnesis. c) Listado de episodios de la paciente.

7. El 16 de noviembre de 2015, la Gerente del Área Sanitaria V remite copia de la historia clínica obrante en el archivo documental del Hospital "Y". En la misma figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de 6 de julio de 2011, que recoge el resultado de los estudios analíticos realizados en julio de ese año en relación con la liberación de los iones cromo y cobalto, con los siguientes valores: para cromo $1,2 \pm 0,1$; <3 ; para cobalto $<0,5$; <1 . b) Petición

de consulta al Servicio de Traumatología del Hospital "Y", para obtener una segunda opinión, con fecha 6 de septiembre de 2011. c) Informe, de 5 de septiembre de 2012 de la Clínica de Medicina Nuclear, incorporando el resultado tras la práctica de una gammagrafía ósea en dos fases (vascular y ósea) centrada en pelvis y cadera. d) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital "Y", indicando que "con fecha 13-02-12 se realiza intervención quirúrgica: revisión de artroplastia de cadera izda., colocando cotilo monoblock de tantalio y vástago Fitmore./ La evolución postoperatoria fue satisfactoria" por lo que la paciente es dada de alta el 20 de febrero de 2012. e) Documento de consentimiento informado para prótesis total de cadera, firmado por la paciente. En el mismo se indica que "las complicaciones más frecuentes de la intervención propuesta son: el fallo del implante por aflojamiento o rotura de sus componentes, la infección, el embolismo pulmonar y otros procesos tromboembólicos periféricos (...), la luxación posoperatoria de la cadera y las diferencias de longitud entre ambas extremidades". f) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital "Y", recibiendo la paciente el alta hospitalaria el 1 de julio de 2013, tras haber sido intervenida para "exéresis de calcificaciones periprotésicas PTC izda.", previa radioterapia profiláctica el día anterior a la cirugía (documento 65 del expediente administrativo). "El postoperatorio es satisfactorio, con control radiográfico correcto". Se remite a la paciente al Servicio de Rehabilitación Domiciliaria, y a revisión en consultas externas. g) Petición de análisis clínicos y de hematología al laboratorio, y resultados de las mismas, de 16 de agosto de 2013. h) Informe de la Unidad del Dolor del Hospital "Y", donde la paciente es vista el 16 de enero de 2014, presentando dolor en trocánter mayor y glúteo izquierdo, sin focalidad, y si deja constancia que "no desea infiltración". i) Resultado de la RM de columna lumbar sin contraste, de 27 de septiembre de 2014, constando como hallazgos: "en el cuerpo vertebral de L4 se observa una formación redondeada hiperintensa en T1 y T2 compatible con angioma. Se observa abombamiento difuso del anillo fibroso L5-S1 con disminución de las dimensiones del canal raquídeo a este nivel y en el nivel L4-L5 de carácter mixto./ El cono medular no presenta alteraciones". j) Informe del Servicio de Traumatología, de 17 de junio de 2015,

indicando que se trata de una paciente que había sido intervenida para colocación de “una prótesis de resuperficialización, por lo que se le indicó el recambio de la misma (...) el día 13-2-2012, retirando la prótesis y colocando un vástago Fitmore y cotilo monoblock de tantalio”. La paciente tuvo que ser intervenida una tercera vez por la formación de “calcificaciones peri-protésicas”, procediéndose a “resección de las mismas”. En la actualidad “refiere dolores que se irradian hasta el tobillo, por lo que se le solicitó una RMN de c. lumbar donde se informa de una discreta estenosis de canal en L4-L5 y L5 S”, por lo que se solicitó una consulta a la Unidad del Dolor./ Por otra parte aunque no se aprecian calificaciones, la cadera presenta una rigidez con una flexión de 85°, rotaciones bloqueadas y 30° de abducción-aducción”.

8. El 23 de noviembre de 2015 se registra de entrada un escrito en el que la interesada aclara que su domicilio es en Avilés y no en Gijón (como figura en el escrito notificado a la misma el 13 de noviembre) y procede a aportar los siguientes documentos: a) Informe de alta, del Hospital “X”. b) Petición de consulta médica al Servicio de Dermatología el 16 de junio de 2008. c) Anamnesis. d) Informe del Servicio de Traumatología, de 26 de enero de 2011, según el cual “la evolución muestra una limitación para la movilidad de cadera muy manifiesta que se mantiene con el paso de los años. Esta limitación se produce en todos los grados de movilidad y no ha mejorado desde la fecha de intervención (...). La paciente tiene dificultades para agacharse, calzarse”, debido a una limitación de la flexión en la cadera operada. Tampoco debe de “permanecer tiempo seguido caminando o de pie ni hacer esfuerzos o movilizaciones de la cadera operada. En estos momentos no se contempla ningún tipo de tratamiento que mejore esta severa limitación por lo que necesita la ayuda de otra persona para realizar las actividades de aseo personal y domésticas”. e) Resultados de una analítica de sangre efectuada en el Hospital “X” en enero de 2011. 6) Informe del Instituto Nacional de Silicosis de 6 de julio de 2011, que recoge el resultado de los estudios analíticos realizados en julio de ese año en relación con la liberación de los iones cromo y cobalto, con los siguientes valores: para cromo $1,2 \pm 0,1$; <3 ; para cobalto $<0,5$; <1 . f)

Informe clínico de alta del Servicio de Traumatología del Hospital "Y", y alta hospitalaria de enfermería, de 20 de febrero de 2012. g) Informe de alta del Servicio de Oncología Radioterápica, del Hospital "Z", de 24 de junio de 2013. h) Informe alta de hospitalización, del Hospital "Y", a día 1 de julio de 2013. i) El Servicio de Traumatología formula petición de consulta médica a la Unidad del Dolor del Hospital "Y" el 28 de agosto de 2013. j) Informe del Servicio de Rehabilitación Domiciliaria, a 10 de septiembre de 2013. En esta fecha la paciente recibe el alta médica por "empeoramiento sin ingreso hospitalario" y es derivada por su Traumatólogo de cupo a la Unidad del Dolor, suspendiéndole la rehabilitación. Al alta presenta "acortamiento del miembro inferior derecho en relación al miembro operado./ Balance articular: cadera afecta con flexión de 80º, abducción de 21º y 0º de extensión (...). Al final del recorrido existe un tope duro y dolor". k) Documento que contiene el tratamiento médico pautado a la paciente en la Unidad del Dolor del Hospital "Y" (16-1-2014). l) Informe de Salud del Centro de Salud

9. Mediante escrito de 24 de noviembre de 2015, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III remite la documentación previamente solicitada. Adjunta los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital "X", de 18 de noviembre de 2015, explicando que la "paciente (...) fue intervenida en este centro en el año 2008 para proceder a artroplastia de superficie en cadera izquierda. Acudió a consultas externas periódicamente refiriendo dolor en la cadera y disimetría que fue tratada con medicación analgésica y colocación de plantilla. En los años 2009 y 2010 se realizaron informes a petición de la paciente para evitar largas permanencias de pie y movilizaciones forzadas de la cadera./ Al llevar una artroplastia de cadera metal-metal tipo ASR entró en el estudio de seguimiento según recomendaciones del Ministerio de Sanidad para descartar intoxicación por metales. Con fecha 25 de enero de 2011 se realizó RMN de cadera y control de metales en sangre y orina (cromo y cobalto). Tanto la RMN como esta analítica fue normal. En julio de ese mismo año y en marzo de 2012 se repitieron los controles de metales que fueron rigurosamente normales (...) por lo que se

consideró que el implante de la artroplastia evolucionaba satisfactoriamente./ Sin que se conozcan las causas, ya que la paciente seguía consultas periódicas en nuestro centro, la paciente fue reintervenida en el Hospital "Y" el 20 de marzo de 2012. En la reintervención no se encontró intolerancia a la prótesis y de nuevo los controles metálicos fueron normales. Después de esta intervención la paciente fue de nuevo reintervenida en ese centro con mala evolución según se refiere en el escrito de reclamación". Concluyen señalando que la paciente "voluntariamente abandonó las revisiones en nuestro centro para seguir tratamiento y nueva intervención para recambio de cadera en otro hospital. Ni la RMN realizada aquí ni los niveles metálicos realizados en este hospital y en Gijón mostraron intolerancia a la prótesis, por lo que su situación no está relacionada con el tipo de prótesis colocada en nuestro centro". b) Informe de la Sociedad Española de Cirugía de Cadera, noviembre de 2010. En el mismo se ofrece información y asesoramiento para cirujanos ortopédicos en relación a las decisiones a adoptar si se hallan ante un paciente portador de prótesis con par de fricción metal-metal. c) Copia de la Historia Clínica de Atención Especializada.

10. Mediante escrito de 17 de diciembre de 2015, la correduría de seguros acusa recibo de la documentación remitida.

11. El 18 de enero de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite el expediente a la correduría de seguros de la Administración, a fin de recabar dictamen pericial de la compañía aseguradora.

Se incorpora al procedimiento dicho dictamen médico, de 12 de febrero de 2016. Los peritos firmantes consideran que las complicaciones de la paciente consisten en "osificaciones atópicas que provocan limitación de la movilidad de la cadera en la fase posoperatoria (...). No se describe que existiese fenómenos de metalosis, lo que supone que no hay alteraciones de estas características puesto que cuando aparecen son suficientemente llamativas para que sean descritas en la hoja quirúrgica (...). Cuando la prótesis de recubrimiento se

implanta (28-2-08), no hay datos sobre interacción de los iones Cr y Co con los tejidos periféricos a la prótesis (...). Las causas que llevan a la cirugía de revisión y a la cirugía para retirada de osificaciones no están relacionado en forma alguna con la prótesis implantada en el año 2008. Las osificaciones están en relación con respuesta orgánica propia de cada persona (...). En criterio de estos peritos la asistencia que ha recibido la paciente ha sido según *lex artis*. La prótesis de recubrimiento estaba legalmente reconocida en la Comunidad Europea y por el Ministerio Fiscal”.

12. Mediante escrito de 8 de abril de 2016, la compañía aseguradora presenta un escrito de alegaciones, solicitando que la reclamación se desestime por haber transcurrido el plazo de prescripción legalmente previsto. Considera que habiendo cursado la paciente alta hospitalaria el 1 de julio de 2013, “es en dicha fecha cuando las secuelas por las que reclama quedan determinadas y son conocidas por la paciente”, y añade que “incluso tomando como última fecha el día del alta de la Unidad del Dolor, 16 de enero de 2014, la reclamación estaría prescrita”.

13. Mediante oficio notificado a la reclamante el 16 de mayo de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios 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.

El día 24 del mismo mes, la interesada se persona en las dependencias administrativas para tomar vista del expediente, obteniendo una copia en formato digital de los documentos obrantes en el mismo.

El 2 de junio de 2016, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado un escrito de alegaciones. Respecto a la extemporaneidad de la reclamación dice que es “incierto que la reclamación hubiera sido presentada fuera de plazo”, puesto que en el “informe del Servicio de Traumatología del Hospital ‘Y’, fecha de consulta 17-06-2015, en el que figura las secuelas que le han quedado, los dolores que refiere y, que se solicitó una consulta a la unidad del dolor”. Añade que en este mismo informe “se dice

que se solicitó una RMN de c. lumbar (...) folio 13 de fecha 22-10-2015 (*sic*, quiere decir 2014) donde se informa de los hallazgos, pero no le fue explicada hasta el 17 de junio de 2015. Por lo tanto estaría dentro de plazo para presentar la reclamación". Respecto a la intervención practicada en el Hospital "X", "es evidente que le fue colocada una prótesis que era contaminante u defectuosa y por ello debe responder la Administración. Además, en el Hospital 'X' le decían que la evolución era normal (...), recomendándola 'tomar el sol' ". Señala que "es ante la reclamación efectuada (...) en el servicio de atención al paciente, debido a su estado de empeoramiento y a los fuertes dolores que tenía cuando solicita una segunda opinión, no recibe respuesta, tiene que acudir a una consulta privada, veía como su estado iba empeorando, teniendo que realizar personalmente las gestiones para ser atendida en 'Y', para ser intervenida y que le suprimieran la placa contaminante". Concluye indicando que "todo ello le ha causado un gran dolor, serias limitaciones y, si desde el Hospital 'X' se hubiera actuado con diligencia y a tiempo no se encontraría en esta situación".

Asimismo interesa que "se solicite al Servicio de Atención al paciente del Hospital 'X' la petición presentada (...) el 6 de septiembre de 2011 solicitando una segunda opinión médica y, copia íntegra de todo lo tramitado como consecuencia de dicha petición.

14. El Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía el 7 de junio de 2016 una copia de las alegaciones presentadas en el expediente a la correduría de seguros.

15. El 7 de julio de 2016 el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio.

El Instructor entiende que la reclamación es "extemporánea y que la acción está prescrita". En primer lugar hace referencia al informe de 26 de enero de 2011, "en el que se hace constar que en ese momento no se contempla ningún tipo de tratamiento que mejore la severa limitación que

padece y se describe ésta (folio 184). Establecidas las secuelas, lo que se intenta es tratar y mejorar las mismas y es indudable que el alta en la unidad de Rehabilitación el 10 de septiembre de 2013 es la fecha que determina el *dies a quo* (folio 172 del expediente administrativo)". En relación a las alegaciones de la interesada efectuadas en el trámite de audiencia, considera que las mismas "no modifican lo señalado", puesto que "la paciente continúe en tratamiento y acudiendo a consultas no contradice que las secuelas estén consolidadas y sean conocidas. Los dos últimos estudios se refieren a una patología de columna lumbar presentando en cuerpo vertebral de L4 imagen compatible con angioma. También tiene discopatía L5-S1 con disminución del canal a este nivel y a nivel L4-L5 de carácter mixto sin alteraciones del cono medular".

El Instructor añade que "de todas formas, aunque no fuese suficiente la causa de prescripción para desestimar la reclamación interpuesta, tampoco el fondo del asunto permitiría un pronunciamiento diferente". Así, se afirma que la intervención efectuada en el año 2008, y a la que la reclamante imputa la responsabilidad, "estaba correctamente indicada y que se realizó conforme a la *lex artis*". Continúa explicando que según "las directrices de esta información" - la facilitada por el Ministerio -, "se realizaron controles en sangre y orina de los iones Cr y Co en tres ocasiones", como queda expuesto en este dictamen. Los "resultados fueron la ausencia de valores patológicos de estos componentes. Por otra parte en la cirugía para recambio de prótesis de recubrimiento no existe metalosis./ La paciente desarrolló una de las complicaciones típicas de la cirugía a la que se sometió y de la que fue informada previamente (...) y que no están relacionadas en forma alguna con la prótesis implantada en el año 2008. Las osificaciones están en relación con respuesta orgánica propia de cada persona". Concluye indicando que "antes de la cirugía (folio 219) la reclamante firmó un documento de consentimiento informado para el implante de prótesis articular de cadera en el que se le informa que entre los riesgos y complicaciones típicas se encuentra el posible aflojamiento de la prótesis que implicaría la necesidad de recambio con peores resultados que la implantación inicial y la posible aparición de osificaciones.

16. En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de julio de 2016, 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, adjuntando copia literal del original en formato digital.

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.- 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 incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

No obstante, observamos una indebida paralización del procedimiento administrativo entre la remisión del expediente a la correduría de seguros -20 de enero de 2016- y la comunicación a la interesada de la apertura del trámite de audiencia -16 de mayo de 2016-; sin perjuicio de que en este lapso temporal se hayan incorporado al expediente el informe médico-pericial y la compañía aseguradora haya formulado alegaciones. Ello, unido a la demora en la instrucción del expediente, da lugar a que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

CUARTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) que la acción se ejercite en plazo; b) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; c) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y d) que no sea producto de fuerza mayor.

QUINTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños derivados de la intervención para la colocación de una artroplastia ASR izquierda en el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital "X".

Al examinar los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración procede verificar, en primer término, si la reclamación ha sido ejercitada dentro del plazo establecido al efecto.

En relación a ello, 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".

La presentación de la reclamación el día 16 de octubre de 2015, más de ocho años después del 28 de febrero de 2008 -fecha en la que se produce la intervención médica que la motiva-, no determina su extemporaneidad, toda vez que nos encontramos ante un supuesto de daños de carácter físico a las personas, por lo que debemos verificar -en este caso- cuándo tiene lugar la determinación del alcance de las secuelas, dado que la interesada fue intervenida quirúrgicamente en diferentes ocasiones -2008, 2012 y 2013-.

La perjudicada sostiene que ha presentado la reclamación dentro del plazo legalmente establecido, por referencia al informe del Servicio de Traumatología del Hospital "Y" del día 17 de junio de 2015, al considerar que en el mismo figuran "las secuelas que le han quedado" y "los dolores que refiere". Además indica que a pesar de que en septiembre de 2014 se le practicó una RM de columna lumbar sin contraste, el resultado de la misma "no le fue explicado hasta el 17 de junio de 2015".

La Administración entiende, y así consta en la propuesta de resolución, que la reclamación ha prescrito, puesto que ya en el informe de 26 de enero de 2011 "se hace constar que en ese momento no se contempla ningún tipo de tratamiento que mejore la severa limitación que padece y se describe ésta (folio 184). Establecidas las secuelas, lo que se intenta es tratar y mejorar las mismas y es indudable que el alta en la unidad de Rehabilitación el 10 de septiembre de

2013 es la fecha que determina el *dies a quo* (folio 172 del expediente administrativo)". En relación a las alegaciones de la interesada efectuadas en el trámite de audiencia, considera que las mismas "no modifican lo señalado", puesto que "la paciente continúe en tratamiento y acudiendo a consultas no contradice que las secuelas estén consolidadas y sean conocidas". En el mismo sentido se pronuncia la compañía aseguradora de la Administración, al entender que ha transcurrido el plazo de prescripción legalmente previsto, puesto que habiendo cursado la paciente alta hospitalaria el 1 de julio de 2013, "es en dicha fecha cuando las secuelas por las que reclama quedan determinadas y son conocidas por la paciente", y añade que "incluso tomando como última fecha el día del alta de la Unidad del Dolor, 16 de enero de 2014, la reclamación estaría prescrita".

Sin ánimo de reproducir el historial médico de la paciente, ya expuesto en los antecedentes de este dictamen, debemos reseñar que la interesada fue intervenida en el año 2008 en el Hospital "X" para proceder a "artroplastia de superficie en cadera izquierda". En marzo de 2012 fue reintervenida en el Hospital "Y" para "revisión de artroplastia de cadera izda". En la reintervención no se encontró intolerancia a la prótesis y de nuevo los controles metálicos fueron normales. Posteriormente tuvo otra intervención en el Hospital "Y" por calcificaciones, recibiendo la paciente el alta hospitalaria el 1 de julio de 2013. Según el informe del Servicio de Traumatología, con fecha del alta médica, "el postoperatorio es satisfactorio, con control radiográfico correcto". A continuación se remite a la paciente al Servicio de Rehabilitación Domiciliaria, donde se le da el alta el 10 de septiembre de 2013, según el Informe de este Servicio, por "empeoramiento sin ingreso hospitalario" y es derivada por su Traumatólogo de cupo a la Unidad del Dolor, suspendiéndole la rehabilitación.

A la vista de los documentos obrantes en el expediente, consideramos, al igual que la propuesta de resolución, que en la fecha de emisión del informe del Servicio de Rehabilitación Domiciliaria -con fecha 10 de septiembre de 2013-, la interesada tuvo pleno conocimiento de la irreversibilidad del daño que soportaba y pudo ejercer su acción indemnizatoria, puesto que en el mismo se hace constar que la paciente al alta presenta "acortamiento del miembro

inferior derecho en relación al miembro operado./ Balance articular de cadera afecta con flexión de 80º, abducción de 21º y 0º de extensión (...). Al final del recorrido existe un tope duro y dolor". Dado que la reclamación se presenta el día 16 de octubre de 2015, es claro que fue formulada fuera del plazo de un año legalmente determinado. No obstante, incluso tomando como última fecha el alta de la Unidad del Dolor, de 16 de enero de 2014 -como manifiesta el Servicio Jurídico de la compañía aseguradora- la reclamación estaría prescrita; sin perjuicio de que este Consejo no comparta la posibilidad de considerar la asistencia de la paciente a la Unidad del Dolor como *dies a quo*, y ello por cuanto que el objeto de este Servicio no era la reversión de las secuelas, ya consolidadas, sino aliviar el dolor de la perjudicada.

La emisión de un informe posterior por el Servicio de Traumatología -al que alude la interesada- no afecta a ese extremo de carácter fáctico, toda vez que dicho documento no refleja actuaciones posteriores al tratamiento rehabilitador que pudieran haber incidido en el referido resultado secuelar. Efectivamente, la perjudicada acudió por última vez a Traumatología el día 17 de junio de 2015, según figura en el propio informe de este Servicio, elaborado en dicha fecha. En el mismo se refleja que "aunque no se aprecian calificaciones, la cadera presenta una rigidez con una flexión de 85º, rotaciones bloqueadas y 30º de abducción-aducción"; es decir, lesiones de las que la reclamante ya era conocedora desde que recibió el alta médica en el Servicio de Rehabilitación Domiciliaria, el 10 de septiembre de 2013.

Por último, el resultado de la RM de columna lumbar sin contraste, el cual, según manifestaciones de la interesada "no le fue explicado hasta el 17 de junio de 2015", no puede servir de base como *dies a quo* de la reclamación, puesto que se refiere a una patología de columna lumbar -como indica el instructor- que en ninguno de los informes médicos aportados al procedimiento se vinculan con la prótesis que le fue colocada en el Hospital "X", constituyendo por tanto un hallazgo adyacente que, a la vista de los datos disponibles, no es imputable al servicio sanitario. Aparte de esa justificación formulada en el trámite de audiencia, la interesada no aporta ningún informe o dato que

sustente su versión de que no fue concedora de las secuelas hasta el 17 de junio de 2015, cuando acude al Servicio de Traumatología.

La extemporaneidad de la reclamación constituye causa suficiente para su desestimación y hace innecesario el análisis del fondo del asunto.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,