

Dictamen nº: **477/16**
Consulta: **Consejero de Presidencia, Justicia y Portavocía
del Gobierno**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.10.16**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 27 de octubre de 2016, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Dña. M.B.U. sobre responsabilidad patrimonial de la Unidad de Prestaciones Asistenciales Médicas (UPAM) por los daños y perjuicios sufridos que la reclamante atribuye a una intervención ocular.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente remitido trae causa de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por M.B.U. registrada de entrada en la Comunidad de Madrid el día 16 de marzo de 2016 (folios 1 a 101 del expediente administrativo).

Según el escrito de reclamación, la interesada, enfermera de profesión, con intolerancia a las lentes de contacto blandas y que había sido tratada por conjuntivitis durante el año 2008 en diversos centros sanitarios de Castilla y León, se informó en el año 2009 de que la UPAM cubría una operación quirúrgica que podía corregir la miopía que

padecía, por lo que en abril de ese año acudió a una clínica donde la oftalmóloga que la atendió aconsejó a la reclamante que se sometiera a una operación con la técnica Lasik.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, la interesada indica que previa firma del documento de consentimiento informado, se sometió a la operación quirúrgica el 16 de septiembre de 2009 en la Clínica Real Visión, recibiendo el alta hospitalaria ese mismo día.

La interesada sostiene que a pesar de que siguió todas las recomendaciones médicas para el cuidado ocular tras la intervención padeció sensación de cuerpo extraño, fotofobia, dolor e hinchazón de párpados por lo que tuvo que acudir a consulta el 14 de mayo de 2013, siendo diagnosticada de conjuntivitis alérgica y se pautó tratamiento. Refiere que los síntomas no remitieron y que a la sintomatología descrita se sumó visión borrosa, por lo que el 11 de junio de 2013 acudió a consulta de Oftalmología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde se emitió el juicio clínico de conjuntivitis aguda.

La reclamante continua detallando que la sintomatología no remitía, lo que le llevó a acudir en diferentes ocasiones a la doctora que la intervino quirúrgicamente, sin que en ninguna de las ocasiones le diagnosticara la patología de ojo seco que padecía. Expone que ante la actitud de la doctora que no pautó ninguna prueba diagnóstica y la no mejoría de los síntomas, decidió acudir el 24 de septiembre de 2013 al Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada de Valladolid, donde según señala le indicaron que no debían haberle operado puesto que sus ojos no eran aptos para someterse a una intervención mediante técnica Lasik. Detalla que fue sometida a diferentes pruebas para descartar el Síndrome de Sjögren, vista por distintos especialistas y tratada por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Fuenlabrada, cursando baja por incapacidad temporal hasta el 18 de marzo de 2015.

En virtud de todo lo expuesto reprocha que hubiera falta de información, pues el consentimiento informado para la cirugía era “*absolutamente genérico, parco, lacónico e inconcreto*”. Denuncia que hubo una infravaloración de los efectos secundarios de la intervención, que se materializaron en la patología de ojo seco severo y además existió retraso en el diagnóstico, que agravó sus dolencias.

Por todo ello reclama una indemnización de 46.833,89 euros, en atención a 208 días de incapacidad temporal, 60 días no improductivos, secuelas físicas y psicológicas, factor de corrección del 10%, gastos médicos y daño moral.

Con el escrito de reclamación se adjunta diversa documentación médica relativa a la interesada.

SEGUNDO.- Del examen de la documentación médica aportada por la interesada, que es la única que obra en el expediente, y de la restante documentación incorporada al procedimiento se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, de 25 años de edad en el momento de los hechos, según la propuesta de resolución que obra en el expediente, es enfermera, contratada a través de la bolsa de trabajo, con contrato de estatutario eventual y destino en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Con antecedentes de conjuntivitis, fue vista el 23 de abril de 2009 en la consulta de Oftalmología de la doctora B, que realizó revisión ocular y estudio para intervención mediante técnica Lasik. La doctora B figura en el cuadro de especialidades médicas (Oftalmología) de la UPAM.

El 10 de junio de 2009 la interesada firma el consentimiento informado para la intervención de queratomileusis con láser (LASIK). En el documento se describe el procedimiento, las complicaciones y las alternativas.

El 11 de septiembre de 2009 la intervención fue autorizada por la UPAM.

El día 16 de septiembre de 2009 la reclamante se sometió a la operación quirúrgica realizada por la doctora B. en la Clínica Real Visión, recibiendo el alta hospitalaria en el mismo día. La interesada permaneció de baja laboral hasta el 29 de septiembre de ese año. La reclamante ha aportado una hoja con revisiones de la doctora B. en las que las fechas resultan ilegibles. Según el escrito de reclamación, la última revisión sería de 24 de marzo de 2010 en la que se pautó el alta.

La reclamante no ha aportado documentación acreditativa de las consultas con la doctora B. a las que dice que acudió en mayo de 2013. Sí aporta la hoja correspondiente a la asistencia al Hospital General Universitario Gregorio Marañón el día 11 de junio de 2013. En dicha asistencia se anotó que la paciente acudía al Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario por escozor y pinchazos en ambos ojos y que estuvo en tratamiento por conjuntivitis alérgica. Se emitió el juicio clínico de conjuntivitis aguda y se pautó tratamiento.

Consta en la documentación aportada que la reclamante permaneció de baja laboral por conjuntivitis viral desde el 22 de agosto de 2013 hasta el 20 de septiembre del mismo año.

El 24 de septiembre de 2013 la reclamante acude al Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada de la Universidad de Valladolid, donde se establece los siguientes diagnósticos y actitudes terapéuticas:

- Síndrome de Ojo Seco mixto severo, exacerbado tras cirugía refractiva corneal tipo LASIK (aunque el test de Schirmer fuera normal antes de la cirugía, ya tenía síntomas antes). La paciente está muy sintomática, empeorando notablemente en ambientes con calefacción por aire/aire acondicionado.

- Queratoconjuntivitis atópica vs conjuntivitis alérgica crónica, con claro fondo alérgico (rinitis, asma, estornudos) y, recientemente, lesiones cutáneas compatibles con dermatitis atópica (pendiente de diagnosticar).

- Ha sufrido una queratoconjuntivitis infecciosa, presuntamente adenoviral (epidémica), conservando aún infiltrados subepiteliales en su córnea izquierdo.

- Traumatismo corneal izquierdo antiguo, sin consecuencias visuales.

- Tratamiento con higiene palpebral, Medrivás, suero rico en factores de crecimiento, Thealoz y Viscofresh.

La reclamante es vista en el Hospital Universitario Ramón y Cajal en el Servicio de Reumatología el 25 de septiembre de 2013 para descartar Síndrome de Sjögren. El día 4 de octubre de 2013 acude para segunda opinión al Instituto Oftalmológico Fernández Vega. Tras la realización de las pruebas oportunas el 11 de diciembre de 2013 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal se informa a la paciente de la inexistencia de criterios del Síndrome de Sjögren en ese momento.

El 18 de diciembre de 2013 la reclamante recibe el alta en el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Se anota que *“la paciente se encuentra muy sintomática de forma crónica (dolor, visión borrosa, fotofobia, fatiga visual, sensación de cuerpo extraño, escozor, picor; con enrojecimiento e inflamación palpebral frecuente). Todos estos síntomas pueden ser debidos a su síndrome de ojo seco, precisando el uso de tratamientos intensivo con lubricantes*

tópicos de forma muy frecuente (incluso cada 30 ó 40 minutos), y que empeora con cualquier actividad que requiera fijación de la vista (uso de ordenador, lectura, conducción...). También empeora los síntomas en ambientes secos, con calefacción o aire acondicionado, los cuales debería evitar en la medida de lo posible". Se anota también que "el ojo seco es una patología crónica para la que solo existe tratamiento paliativo con las recomendaciones antes señaladas".

El 4 de junio de 2014 la interesada ingresó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Fuenlabrada recibiendo el alta hospitalaria el día 27 de agosto del mismo año, siendo diagnosticada de Trastorno Adaptativo Crónico con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.

Según la documentación aportada por la interesada el Instituto Nacional de la Seguridad Social le reconoció la incapacidad temporal desde el 4 de octubre de 2013 hasta el 18 de marzo de 2015.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior, por la Dirección General de Función Pública de la Consejería de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado mediante Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP), lo que se notificó a la reclamante el 22 de abril de 2016.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha incorporado al procedimiento el informe de 11 de mayo de 2016 del coordinador del Área de Colaboración con la Seguridad Social de la Empresa Colaboradora de la Seguridad Social para accidentes de

trabajo y enfermedades profesionales nº478. En el mencionado informe se señala lo siguiente:

“...desde 1 de enero de 2009 la Comunidad de Madrid dejó de ser empresa colaboradora de la Seguridad Social para la gestión de las prestaciones económicas y sanitarias obligatorias en los procesos de incapacidad temporal de sus empleados públicos derivados de enfermedad común. No obstante desde esa fecha la Comunidad de Madrid reconoció a sus empleados públicos el derecho a una prestación sociosanitaria, que consistía en la posibilidad que tenían los empleados de acceder directamente a un amplio cuadro de especialidades y pruebas médicas a las que, como en cualquier otro seguro privado, podían acceder libremente cuando estimaran que precisaban de asistencia médica.

Este cambio que se produce a partir de 1 de enero de 2009 es de gran relevancia para valorar la reclamación formulada porque expresa un cambio cualitativo en la naturaleza de la gestión sanitaria que se realizaba por el equipo médico de UPAM, que era la unidad administrativa de la Comunidad de Madrid encargada de gestionar hasta 31 de diciembre de 2008 la colaboración con la Seguridad Social en materia de enfermedad común (en ejercicio de la posibilidad prevista en el art. 102.1 a) del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y con cargo a las cotizaciones de la Seguridad Social) y desde 1 de enero de 2009 la prestación sociosanitaria reconocida a sus empleados públicos en ejercicio de su potestad de autoorganización y con cargo los propios Presupuestos generales de la Comunidad de Madrid:

a) hasta 31 de diciembre de 2008 la asistencia sanitaria gestionada por UPAM lo era en calidad de empresa colaboradora de la Seguridad Social para los procesos de enfermedad común y, en consecuencia, las bajas y altas por incapacidad temporal, así como

la prescripción de los tratamientos médicos, se emitían por los médicos de UPAM en sustitución de los del servicio público de salud; eran, en consecuencia, los médicos de UPAM y no los del servicio público de salud quienes dirigían el proceso de baja o alta médica del paciente y quienes pautaban el tratamiento general o especializado que éste precisaba.

b) sin embargo a partir de 1 de enero de 2009 la asistencia sanitaria gestionada dejó de formar parte de la colaboración con la Seguridad Social y pasó a ser una especie de aseguramiento privado, financiado por la Comunidad de Madrid, en el que los empleados públicos podían acceder libremente a las consultas de especialistas (como oftalmología u otras) y a los tratamientos para los que la Comunidad de Madrid hubiera concertado un acuerdo de precios con los especialistas (como la cirugía LASIK), sin que en ningún momento los médicos de UPAM intervinieran ni para prescribir el tratamiento (que correspondía establecer al especialista directamente con su paciente) ni para emitir bajas y altas por enfermedad común que desde 1 de enero de 2009 de UPAM pasaron a ser emitidas por los médicos del servicio público de salud.

La asistencia médica que es objeto de reclamación se produjo en septiembre de 2009, es decir, en el marco de la prestación sociosanitaria de libre acceso por los empleados públicos, razón por la cual no fue prescrita por ningún médico de UPAM ni prestada por ningún médico de UPAM, sino por uno de los especialistas con los que UPAM mantiene acuerdo y al que la empleada pública acudió libremente. De hecho se puede apreciar cómo el volante de prescripción sanitaria fue emitido directamente por la doctora B. tras acudir a su consulta por parte de la reclamante, sin que en ningún momento mediara la intervención de un médico de UPAM. Los códigos de autorización que figuran en el volante indican que la intervención fue autorizada por UPAM previa verificación de que se

trataba de un empleado público con derecho a acceder libremente a este especialista y de que el especialista mantenía acuerdo de precios con UPAM, pero no desde el punto de vista médico, sino desde el punto de vista económico y servían para identificar con posterioridad la factura para el pago de la intervención.

Por todo ello la única documentación de que se dispone en UPAM es la que se adjunta, sin que en la historia clínica laboral de esta empleada conste nada relativo a esta intervención médica, dado que como se ha indicado, se trata de una asistencia médica no prescrita por los médicos de UPAM, sino consecuencia de la voluntad y del consentimiento de la propia empleada en ser atendida por la especialista a la que libremente acudió y que hasta la fecha ha intervenido en múltiples ocasiones a empleados públicos sin que haya habido nunca indicios de mala praxis o baja estimación de calidad de su servicio, razón por la cual goza de la consideración positiva de esta unidad”.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 de la LRJ-PAC y el artículo 11 del RPRP se confirió trámite de audiencia a la interesada. En uso del trámite conferido al efecto, con fecha 30 de junio de 2016 formuló alegaciones en las que se opone al informe emitido por el coordinador del Área de Colaboración con la Seguridad Social de la Empresa Colaboradora de la Seguridad Social para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales nº478. Al respecto incide en que el volante de prescripción de asistencia sanitaria y el médico que lo firma son de la UPAM. En este sentido cita la página web de la Comunidad de Madrid donde en el apartado de especialidades médicas “Oftalmología” figura la doctora que llevó a cabo la intervención quirúrgica.

Finalmente, por el director general de Función Pública se dicta propuesta de resolución en fecha 30 de agosto de 2016, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que

la asistencia sanitaria reprochada fue prestada por un médico privado elegido libremente por la reclamante y en consecuencia no haberse causado daño alguno a la reclamante por la actividad de la Administración.

CUARTO.- El día 15 de septiembre de 2016 tuvo entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen preceptivo procedente de la Consejería de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno, en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 499/16, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal y como dispone el artículo 23.1 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (en adelante, ROFCJA).

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal D.^a Ana Sofía Sánchez San Millán, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por el Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 27 de octubre de 2016.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley Reguladora 7/2015, de 28 de diciembre (LRCJA), según el cual: “3.*En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada*

por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”.

En el caso que nos ocupa, la reclamante ha cifrado el importe de la indemnización solicitada en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y al RPRP, al haberse iniciado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

Ostenta la reclamante legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la LRJ-PAC, por cuanto es la persona afectada por la supuesta deficiente asistencia sanitaria.

Especial consideración merece el análisis de la legitimación pasiva, habida cuenta de que la propuesta de resolución aboga por desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial en base precisamente a considerar que no concurre en este caso dicho requisito en la UPAM.

Como es sabido la Comunidad de Madrid ha venido actuando como empresa colaboradora de la Seguridad Social en las prestaciones y asistencia sanitaria derivada de enfermedad común y accidente no laboral de su personal, a través de la UPAM, conforme a lo establecido

en el artículo 77 de la Ley General de la Seguridad Social apartado b) Texto Refundido, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (suprimido con efectos de 1 de enero de 2009 y vigencia indefinida por disp. final 3.2 de Ley 2/2008, de 23 de diciembre y actualmente regulado en el artículo 102 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre) , que establecía, en lo que aquí interesa, lo siguiente:

“Artículo 77. Colaboración de las empresas.

1. Las empresas, individualmente consideradas y en relación con su propio personal, podrán colaborar en la gestión de la Seguridad Social exclusivamente en alguna o algunas de las formas siguientes:(...)

b) Asumiendo la colaboración en la gestión de la asistencia sanitaria y de la incapacidad laboral transitoria derivadas de enfermedad común y accidente no laboral, con derecho a percibir por ello una participación en la fracción de la cuota correspondiente a tales situaciones y contingencias, que se determinará por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (...).”

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, la Dirección General de la Función Pública asumió las competencias en materia de “(...) *la gestión del régimen de colaboración con el Instituto Nacional de Seguridad Social*”, de manera que la asistencia sanitaria dispensada al personal de la Comunidad de Madrid, a través de la UPAM, constituyó una modalidad de colaboración voluntaria en la gestión de la Seguridad Social en las prestaciones y asistencia sanitaria derivada de enfermedad común y accidente no laboral de su personal hasta la indicada fecha de 31 de diciembre de 2008. A partir de esa fecha la Comunidad de Madrid permaneció como empresa colaboradora del Instituto Nacional de la

Seguridad Social para accidentes de trabajo y enfermedad profesional de los empleados públicos.

No obstante, tal y como se recoge en el informe elaborado por el Coordinador del Área de Colaboración con la Seguridad Social de la Dirección General de la Función Pública, la Comunidad de Madrid ha reconocido a sus empleados públicos una prestación sociosanitaria que les permite acceder a un cuadro de especialidades y pruebas médicas con los que la UPAM mantiene “*acuerdo de precios*”.

Si bien no se nos ha aportado documentación relativa a esos acuerdos, de los términos del informe y de lo que se recoge en la propuesta de resolución se infiere que en virtud de los mismos, la Comunidad de Madrid asume los gastos médicos generados por la asistencia a una serie de especialidades médicas (entre las que se incluye Oftalmología), pruebas diagnósticas y tratamientos (como la cirugía LASIK) previamente determinados por la Comunidad de Madrid.

En la propuesta de resolución se razona para excluir la responsabilidad de la Comunidad de Madrid en este caso que la asistencia sanitaria “*no fue prescrita por ningún médico de la UPAM, ni prestada por ningún médico de UPAM, sino por uno de los especialistas con los que la UPAM mantiene acuerdo y al que la empleada pública acudió libremente*”. Sin embargo este órgano consultivo considera que dicha argumentación no puede sostenerse para excluir la responsabilidad pues lo cierto es que la asistencia sanitaria se prestó por un médico especialista con el que la Comunidad de Madrid mantiene un acuerdo, de manera que asume los gastos médicos, y que ese especialista no es de libre elección por los empleados públicos, que han de limitarse al cuadro de profesionales con los que la UPAM mantiene el acuerdo.

Por lo expuesto consideramos que cabe reconocer la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid sin perjuicio de la facultad de repetición contra los centros o especialistas con los que mantiene el acuerdo.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJAP-PAC). En el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo se contará “desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la «*actio nata*», recogida en el artículo 1969 del Código Civil.

En este caso la interesada reclama por el retraso diagnóstico de la patología de ojo seco que considera le fue causada en la intervención de queratomileusis con láser (LASIK) de la que también denuncia que no fue adecuadamente informada.

En el caso que nos ocupa debemos tener en cuenta diferentes hitos temporales para determinar si la reclamación se ha presentado en plazo legal. De la documentación médica aportada por la interesada se infiere que el diagnóstico de la patología se alcanzó en septiembre de 2013, cuando la reclamante acudió al Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada de la Universidad de Valladolid, donde se estableció el diagnóstico de Síndrome de Ojo Seco, que se dice exacerbado por la cirugía llevada a cabo en el año 2009. En el mes de diciembre de 2013, la reclamante recibe el alta en el Hospital Universitario Ramón y Cajal donde también estaba siendo tratada. En dicha consulta se consigna claramente que la paciente padece una enfermedad de carácter crónico para la que solo existen tratamientos paliativos. A partir de la

mencionada fecha la reclamante no ha aportado documentación médica en relación a su patología o al tratamiento recibido. Consta que la reclamante estuvo en tratamiento psiquiátrico si bien recibió el alta el 27 de agosto de 2014 y que ha permanecido de baja laboral hasta el 18 de marzo de 2015 aunque no se aporta documentación acreditativa de la patología que ocasionó la incapacidad temporal de la interesada.

En cualquier caso tratándose de una enfermedad crónica debemos estar a la fecha de 18 de diciembre de 2013, pues es a partir de ese momento cuando la interesada tuvo conocimiento cabal del daño padecido, y de las secuelas o consecuencias que iban a generarse. Se habla en casos como el que nos ocupa de 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 mayor 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”* (así Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de febrero de 2013, recurso 677/2011).

En parecidos términos la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2010 (recurso 3466/2006):

“En relación con el tema de la prescripción, la recurrente no tiene en cuenta que, de conformidad con el precepto que considera infringido, el plazo de un año para el ejercicio de acción de reconocimiento de responsabilidad patrimonial ha de computarse, en caso de daños como el que es objeto de consideración en el presente caso (algoneurodistrofia de etiología traumática), desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas, por lo que, y como expresa la sentencia recurrida, ese día a quo para el citado cómputo es el del 9 de abril de 1999, en que se efectuó una gammagrafía

ósea en la que se diagnóstica dicha dolencia, que es de naturaleza crónica, y que es, precisamente, la causa invocada por la recurrente como determinante del reconocimiento de responsabilidad que solicita.

Los acontecimientos posteriores a dicho diagnóstico, invocados por la recurrente, no son más que diversos tratamientos de naturaleza paliativa de la patología descrita, tratamientos que no alteran la certeza de la lesión crónica y de sus secuelas y que por tanto no impiden que el inicio del cómputo del plazo deba realizarse desde el diagnóstico realizados con la prueba de la gammagrafía tal y como se indica en la sentencia impugnada”.

Por tanto, conforme a lo expuesto cabe considerar que desde la precitada fecha de 18 de diciembre de 2013, la reclamante tuvo pleno conocimiento del daño y por tanto pudo reclamar si consideraba que podía existir responsabilidad por parte de la Administración.

De acuerdo con lo anterior, la reclamación formulada el 16 de marzo de 2016 se ha presentado de manera evidente fuera del plazo legal.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al haber prescrito el derecho de la interesada a reclamar frente a la Administración.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 27 de octubre de 2016

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 477/16

Excmo. Sr. Consejero de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno

C/ Pontejos nº 3 - 28012 Madrid