

Dictamen nº: **661/22**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **25.10.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 25 de octubre de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ..... por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la anestesia previa a una sesión de braquiterapia para el tratamiento de su proceso oncológico en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** 1. El día 7 de mayo de 2021, un abogado, en nombre de la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presenta en una oficina de Correos un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido contra el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en el que se limita a indicar que el hecho reclamado ocurrió el 31 de julio de 2019 y que se solicita una indemnización de 400.000 euros. Con dicho escrito se acompaña un informe pericial suscrito por un médico especialista en Medicina Nuclear y Diagnóstico por Imagen y la historia clínica de la reclamante (folios 1 a 55 del expediente).

2. Mediante oficio del instructor del expediente de 19 de mayo de 2021, notificado el siguiente 21 de mayo, se requirió al abogado firmante del escrito de reclamación para que procediera a darse de alta en el sistema de notificaciones telemáticas de la Comunidad de Madrid y para que acreditara la representación que decía ostentar de la paciente interesada. Asimismo, se solicitó que justificase las razones por las que la reclamación no se hallaba prescrita y manifestase los hechos, razones y petición en que se concretaba con toda claridad la solicitud, especificando las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio público, así como los centros sanitarios objeto de reproche en cada caso, así como la cronología de los hechos ocurridos.

El 3 de junio de 2021, se contestó al requerimiento mediante un escrito en el que se explica que la reclamación no se hallaba prescrita porque la estabilización de la lesión se produjo en el mes de julio de 2019, y “*los plazos de prescripción fueron interrumpidos durante el estado de alarma (14 de marzo de 2020 a 4 de junio de 2020) volviéndose a computar desde el inicio a partir de esa última fecha, bien desde el 17 de julio de 2019 o el 24 de julio de 2019. Por ello, la acción de interponer la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, interpuesta el 10 de mayo de 2021 (sic), no se halla prescrita*”.

En cuanto a los hechos reclamados, el escrito refiere que la paciente, al ser sometida a braquiterapia, (entre otros tratamientos), para tratar su patología oncológica de base, en el procedimiento anestésico previo a esta, en concreto, en la cuarta sesión de las cinco programadas, sufrió una manipulación anómala en el pinchazo para inyectar el anestésico en su columna vertebral, que le produjo un sangrado, con la consiguiente patología local en la columna, percibida de inmediato en los métodos de diagnóstico por imagen que se la practicaron a continuación, y evidenciada por una sintomatología

aguda de dolor manifestada desde entonces, y resistente a los diversos tratamientos anti-dolor que se le practicaron también desde entonces, numerosos y diferentes, debido precisamente al carácter permanente de una lesión de estas características. Tras realizar un relato cronológico de la asistencia reprochada, refiere que hubo una serie de negligencias al no ser adecuadamente valorado un riesgo cierto de hematoma en el pinchazo de anestesia raquídea en una paciente con bajada brusca de plaquetas, tras radioterapia agresiva, y además negligencia en el manejo posterior del caso, que ha hecho que hayan transcurrido 5 años y la paciente siga igual o peor, con la certeza de que va a seguir así para el resto de su vida, con su calidad de vida fuertemente deteriorada y de manera irreversible.

El escrito se acompaña con la escritura de poder otorgada por la interesada a favor del abogado firmante del escrito de reclamación.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

La reclamante, de 48 años de edad en el momento de los hechos, fue vista en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, el 10 de agosto de 2015, por sangrado menstrual abundante y persistente de 5 meses de evolución, que había sido valorado por la sanidad privada. Se pautaron pruebas diagnósticas con carácter preferente alcanzándose el diagnóstico de carcinoma de cérvix estadio IIB de FIGO. El 14 de agosto de 2015 se realizó TC para estudio de extensión y el siguiente 3 de septiembre, la reclamante ingresó para cirugía programada de linfadenectomía paraórtica retroperitoneal laparoscópica. El postoperatorio cursó sin complicaciones y recibió el alta al día siguiente de la intervención.

Tras la firma de los correspondientes documentos de consentimiento informado inicia quimioterapia intravenosa con

cisplatino el 22 de septiembre de 2015 finalizando el día 30 de octubre siguiente, sin incidencias.

La reclamante firmó el documento de consentimiento informado para radioterapia externa que incluye entre los posibles efectos secundarios la disminución de plaquetas, fracturas óseas y necrosis ósea, así como de braquiterapia de alta tasa de dosis con posibles efectos secundarios de fracturas de huesos y la necrosis ósea. La reclamante recibió 28 sesiones de radioterapia externa (entre el 23 de septiembre y el 2 de noviembre de 2015), con buena tolerancia y sin incidencias.

El 20 de octubre de 2015, la interesada firmó el documento de consentimiento informado del Servicio de Anestesiología y Reanimación, donde se especifica el procedimiento y los riesgos típicos de la anestesia general y anestesia locoregional. Como casos excepcionales de riesgo de la anestesia loco-regional consta su paso a sangre o estructuras nerviosas. Otros efectos son molestias como dolor de cabeza, de espalda o en el lugar de punción que desaparecen en los días posteriores. También es posible que queden molestias en la zona, con sensación de acorachamiento u hormigueo, generalmente pasajeros, aunque en raras ocasiones pueden generar daño nervioso permanente. Se indica que es importante que comunique al anestesiólogo, la medicación que el paciente toma habitualmente, pues puede relacionarse con la aparición de complicaciones muy raras, pero muy graves, como un hematoma epidural. También se informa de que en algunas ocasiones puede ser necesario pasar a anestesia general.

Se inicia braquiterapia con raquianestesia el 4 de noviembre de 2015, cuando recibe la primera sesión sin incidencias, con buen estado general al alta. La segunda sesión es el 11 de noviembre, también sin incidencias, al igual que la tercera, el 13 de noviembre,

que también cursa con normalidad. La cuarta sesión de braquiterapia tiene lugar el 17 de noviembre, sin que se anote ninguna incidencia, haciéndose constar el buen estado general al alta. El 20 de noviembre se realiza la última sesión de braquiterapia y es alta con buen estado general, al cursar sin incidencias. Ese mismo día es valorada por Oncología Radioterápica, que anota el buen estado general de la reclamante, sin toxicidad, y se solicita resonancia.

El 10 de diciembre de 2015, en revisión de Oncología Médica se refleja buena tolerancia de quimio y radio, se revisa analítica que es correcta y se cita siguiente revisión el 27 de enero de 2016.

En la revisión de 27 de enero de 2016, la reclamante refiere “*dolor en región lumbar con parestesias en MMII (miembros inferiores), sin clara irradiación ciática*” por lo que se solicita RM centrada en columna lumbosacra y nueva revisión. Se anota el resultado de la RM de pelvis ginecológica que se describe como respuesta completa a tratamiento con restablecimiento de la anatomía cervical.

En la revisión de Oncología Radioterápica de 28 de enero, la reclamante refirió buen estado general, algunas molestias en zona lumbar, sobre todo con cambios posturales, al incorporarse o después de caminar bastante y cuando tiene las molestias presenta también parestesias en las piernas, que remiten cuando camina unos pasos, sin precisar analgesia. En la revisión del Servicio de Ginecología, de ese mismo día se anota “*asintomática. RM de control normal*”.

La reclamante acude a revisión de Oncología Médica el 25 de febrero de 2016 se anota “*discopatía incipiente L5/S1*”. Se pauta interconsulta a Patología de Columna. Se anota el resultado de la resonancia con la conclusión de “*discopatía incipiente L5/S1. No signos de afectación secundaria por su patología de base*”.

La interesada es vista en la Unidad de Patología de Columna por primera vez el 8 de marzo de 2016. Se anota: “*derivada de Oncología por dolor lumbar de años de evolución con empeoramiento en los últimos 3 meses con irradiación a zona lumbar dcha., sin irradiación del dolor a MMII. Comenta que el dolor se intensificó en lado dcho. a raíz de inyecciones epidurales para la BQT (braquiterapia). Dolor lumbar de predominio con las posturas mantenidas, al caminar y al subir escaleras. Refiere claudicación de la marcha cada 25 min. por dolor lumbar. Asocia sensación de cansancio, pesadez y parestesias en MMII, sobre todo a raíz de haber finalizado el tto. coadyuvante en noviembre. Actualmente en tto con tramadol 50 mg 1/8 h e ibuprofeno a demanda, que le calma parcialmente*”. Tras la exploración, en la que se aprecia dolor a la palpación de facetas L4-L5 derechas y L5-S1 izquierdas, se concluye con la impresión de síndrome facetario y derivación a rehabilitación de su centro de Atención Primaria.

La interesada continuó con revisiones en la Unidad de Patología de Columna. El 29 de diciembre de 2016 se pautó cita en un año, (dolor lumbar con bipedestación prolongada y la deambulación sin clínica de claudicación con dolor tolerable de características facetarias que no precisa tratamiento).

El 8 de enero de 2018, el dolor continuaba de predominio en posturas mantenidas sin irradiarse a la pierna. La paciente estaba tomando medicación para el dolor. Se solicitó resonancia de control y nueva revisión para valorar bloqueo facetario, aunque se tenían dudas sobre el resultado del mismo.

El 31 de enero de 2018 se anota el resultado de la resonancia como normal. Se estima derivar a la Unidad del Dolor para valoración.

El 15 de febrero de 2018, la interesada inicia seguimiento por la Unidad del Dolor. El dolor se define como continuo no irradiado que mejora con el reposo, sin parestesias ni calambres, llegando a

precisar Adolonta y fentanilo. Con el juicio clínico de lumbalgia crónica, se indica diez sesiones de iontoforesis lumbar, se modifica medicación y se remite a control por su médico de familia. El dolor no responde a la iontoforesis pautada por lo que en la revisión de mayo de 2018 se propone cambio de medicación e infiltración epidural lumbar L5-S1 que se realizará el 10 de octubre de 2018, sin incidencias. Al no obtenerse resultado, se indica nueva infiltración el 18 de febrero de 2019 realizándose en junio también sin incidencias.

En la revisión de 10 de julio de 2019 en el Servicio de Oncología Radioterápica se anota que la reclamante se encuentra muy limitada por dolor fijo, continuo, de intensidad moderada-severa la mayor parte del tiempo que empeora con movimiento de la zona. Se han realizado dos infiltraciones sin mejora. Estaba en tratamiento con fentanilo, sin mejoría. Se pautó la realización de RMN de columna lumbosacra y se recomendó subir la dosis de fentanilo, con advertencia de los efectos secundarios.

El 20 de diciembre de 2019, la interesada acude a revisión en el Servicio de Oncología Radioterápica. Se anota que continúa con dolor crónico en la zona lumbar. Consta que se ha hecho nueva infiltración en noviembre de 2019 sin ningún beneficio y está pendiente de plantearse rizólisis. En la RM solicitada se aprecia discreta hiperlordosis lumbar y horizontalización sacra, sin otras alteraciones significativas.

En la revisión de 10 de junio de 2020 en el Servicio de Oncología Radioterápica se hace constar que la paciente sigue con dolor mal controlado y que no ha mejorado con la rizólisis, sino que incluso tiene un calambre en la nalga que no presentaba antes del tratamiento.

El 26 de junio de 2020 se cita preferentemente y es valorada por Rehabilitación el 3 de julio por lumbalgia crónica con componente neuropático al tener dolor que le baja por ambos miembros inferiores hasta pliegue glúteo de mayor intensidad en el lado izquierdo. Se realiza modificación de tratamientos y se solicita nueva resonancia lumbosacra que se realiza en agosto de 2020 con la conclusión de artrosis facetaria.

En septiembre de 2020 la reclamante es vista en el Servicio de Rehabilitación, que plantea tratamiento en la Escuela de Espalda. Se anota que la paciente no desea tratamiento intervencionista pues no ha tenido resultados positivos hasta ese momento.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y los informes de los servicios médicos implicados en el proceso asistencial de la interesada, Oncología Médica y Anestesiología, Reanimación y Tratamiento de Dolor (folios 95 a 1.000 del expediente).

En el informe de 12 de julio de 2021 del Servicio de Oncología Médica se analiza la asistencia sanitaria dispensada a la interesada y se señala, en síntesis, que se trata de una paciente que recibió el tratamiento oncológico estándar según estadio y edad, con normalidad, buena tolerancia, produciéndose una curación de la neoplasia de cérvix, no constatándose en ningún momento la aparición de hematoma en zona lumbar tras la cuarta aplicación de anestesia epidural. Destaca que la paciente en ningún momento refirió la existencia de dolor lumbar hasta las consultas de revisión

realizadas en enero de 2016 y que, pese a ser en aquel momento un dolor leve, se depuró con RMN de columna y fue valorada por Unidad de Patología de Columna. Añade que durante todo el 2016 el dolor descrito es leve y mejora con distintas acciones según se recoge en los informes de la Unidad de Columna y desde ese momento ha llevado a cabo seguimiento para el dolor lumbar en dicha unidad y posteriormente en la Unidad del Dolor.

Por su parte, el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento de Dolor, en su informe de 12 de julio de 2021, explica que la interesada fue sometida a 5 sesiones de braquiterapia interna para tratar su proceso neoplásico en noviembre de 2015 y se realizaron bajo anestesia raquídea o espinal para poder garantizar la ausencia de dolor durante la realización, por miembros del Servicio de Anestesiología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Diaz en condiciones estándar de asepsia y monitorización y en ningún caso hubo ninguna complicación. Señala que el dolor en la zona de punción es algo que puede suceder con cierta frecuencia y así aparece recogido en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente el día 20 de octubre de 2015. Destaca que la imagen que se observa en la resonancia magnética no es concluyente de nada y que es difícil pensar que un hematoma epidural produzca exclusivamente dolor lumbar sin ninguna afectación medular. Además, el hecho de irradiarse a la zona lumbar no encaja anatómicamente con el nivel de punción. Señala que en el informe pericial aportado se habla de punción en el espacio LS-51 pero la técnica raquídea puede llevarse a cabo por debajo de L2 sin ningún problema. De hecho, cuando se hacen varias punciones tan seguidas es habitual cambiar de espacio realizando la punción siempre por debajo de L2 para garantizar la protección medular. En cuanto a la cifra de plaquetas que la paciente presentaba en el momento de la técnica, explica que se trata de una cifra rigurosamente normal y que desde que acabó la radioterapia

externa hasta el comienzo del tratamiento interno pasó tiempo suficiente para varias renovaciones de las plaquetas circulantes. Detalla que esto es importante porque deja claro que el riesgo de hematoma es el propio de cualquier persona normal. Finalmente destaca que resulta imposible establecer una relación directa entre las punciones espinales realizadas y el cuadro que presenta la paciente y más aún con la evolución que ha tenido y que no está en condiciones de descartar cierta artrosis vertebral como causa del dolor lumbar.

El 13 de mayo de 2022 emitió informe la Inspección Sanitaria en el que, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos en el procedimiento, señaló que no hay datos que permitan acreditar la afirmación del perito de parte que se le produjera una manipulación anómala en la cuarta sesión y ni mucho menos el diagnóstico de hematoma epidural ni lesión neurológica secundaria; que no se puede acreditar la afirmación del perito de parte de disminución de plaquetas ya que las pruebas analíticas realizadas muestran que las cifras estaban en el rango de la normalidad; que la primera vez que se manifiesta dolor lumbar es el 27 de enero de 2016 en consulta de Oncología Médica, cursándose cita ese mismo día para solicitar resonancia centrada en columna vertebral (se recuerda que la resonancia solicitada por Ginecología y realizada el 20 de noviembre tras finalizar la braquiterapia es informada como normal); que tras resultado de resonancia de columna informado como discopatía incipiente L5/S1 se remite al Servicio de Patología de Columna siendo valorada por primera vez el 8 de marzo de 2016 que se reafirma en la impresión de síndrome facetario indicándose rehabilitación; que desde entonces ha continuado en seguimiento por los distintos servicios implicados en su proceso de enfermedad, y no ha habido cambios al respecto al diagnóstico de inicio en su dolor lumbar ya que se trata de un síndrome facetario que junto a la presencia de infiltración grasa difusa de la medular de los cuerpo vertebrales dan respuesta a la sintomatología de la paciente, y que la necrosis ósea es una

complicación descrita en la literatura así como otros riesgos de toxicidad tardía de la radioterapia y figura como complicación en el documento de consentimiento informado.

Por todo lo expuesto, la Inspección Sanitaria concluye que la asistencia prestada ha sido adecuada o correcta a la *lex artis*.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, se concedió trámite de audiencia a la reclamante y al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz para que formularan alegaciones y presentaran los documentos que tuvieran por conveniente.

El 27 de junio de 2022, el centro hospitalario formuló alegaciones incidiendo en el cumplimiento de la *lex artis* por parte de los servicios implicados en el proceso asistencial de la interesada e interesando la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

No consta que la interesada formulara alegaciones dentro del trámite conferido al efecto el 28 de junio de 2022.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formuló propuesta de resolución el 9 de septiembre de 2022, en el sentido de desestimar la reclamación formulada, al no haberse acreditado infracción de la *lex artis*.

Consta en el procedimiento que la reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación que se sigue en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sección 10<sup>a</sup>, Procedimiento Ordinario 1207/2021.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día

16 de septiembre de 2022, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día 25 de octubre de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP en cuanto

que perjudicada por la asistencia sanitaria reprochada. Actúa representada por un abogado, habiendo quedado acreditado en el expediente el poder de representación del firmante del escrito de reclamación.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la atención médica se prestó por el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, integrado en la red sanitaria pública madrileña por convenio singular, prestándose la asistencia al amparo del mismo. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (104/21, de 23 de febrero; 323/20, de 28 de julio; 222/17, de 1 de junio; 72/18, de 15 de febrero y 219/18, de 17 de mayo, entre otros), la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010). En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12<sup>a</sup> de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en

cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz implicados en la asistencia sanitaria reprochada. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a la interesada y al centro hospitalario y se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** Debemos hacer especial referencia al ejercicio en plazo del derecho a reclamar.

Como es sabido, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC que se contará desde que se haya producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. 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, que tal y como ha sido formulada por nuestra jurisprudencia se basa en un completo conocimiento de las consecuencias dañosas que el evento le ha causado, y que en el caso de lesiones y secuelas se sitúa en el momento en el que el lesionado conoció el alcance de las mismas. Y este conocimiento puede coincidir

con el alta médica o situarse en un momento anterior, ello dependerá de los datos existentes y de que estos sirvan para determinar que la lesión o secuela se ha estabilizado o consolidado y sea posible conocer el alcance real del daño que se reclama. La determinación de cuando se produce esta circunstancia y, por lo tanto, cuando es posible ejercitar la acción, comenzando el computo del plazo de prescripción, depende de las circunstancias de cada caso en concreto, y de las pruebas practicadas, sin que exista, una jurisprudencia que cifre ese momento tan solo y únicamente en el momento del alta médica, pues si bien ese puede ser un momento adecuado en determinados supuestos concretos, en otros es posible anticiparlo, atendiendo a las circunstancias del caso, si se alcanza la convicción por el tribunal sentenciador de que el afectado conocía el alcance definitivo de sus lesiones o secuelas cuyo daño reclama (así Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2013 rec.4606/2012).

En este caso, la reclamante atribuye el dolor lumbar crónico que padece a una manipulación anómala en el pinchazo para inyectar el anestésico en su columna vertebral, con carácter previo a la cuarta sesión de braquiterapia de las cinco programadas para tratar su patología oncológica de base, lo que tuvo lugar el 17 de noviembre de 2015, siendo tratada en los años posteriores por la Unidad de Patología de Columna y por la Unidad del Dolor del centro hospitalario.

Sin embargo, precisamente la cronicidad de dicha patología nos permite considerar que nos encontramos ante un daño permanente sin perjuicio de los tratamientos encaminados a paliar el dolor o evitar su incremento.

En este sentido, cabe traer a colación, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, de 17 de junio de 2022 (Rec. 87/2020) que señala que “*la jurisprudencia del Tribunal Supremo*

*(por todas, sentencia de 26 de febrero de 2013) distingue, entre daños continuados, que no permiten conocer en el momento en que se producen los efectos definitivos de una lesión y en los que el dies a quo será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que se refieren a lesiones irreversibles e incurables, aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance". En un sentido parecido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de febrero de 2018 (Rec. 301/2016).*

En este caso, resulta de la historia clínica examinada que el dolor se refirió por primera vez en la revisión de 27 de enero de 2016, (y no tras la cuarta sesión de braquiterapia como aduce la reclamante), pues es en la anotación correspondiente al indicado día cuando se constata por primera vez que la reclamante refería "*dolor en región lumbar con parestesias en MMII (miembros inferiores), sin clara irradiación ciática*". A partir de la indicada fecha y tras el resultado de una resonancia de columna que fue informado como discopatía incipiente L5/S1 fue remitida al Servicio de Patología de Columna, siendo valorada por primera vez el 8 de marzo de 2016, que se reafirmó en la impresión de síndrome facetario indicándose rehabilitación. Desde entonces ha continuado en seguimiento por distintos servicios implicados en su proceso de enfermedad, incluida la Unidad del Dolor, sin que se hayan producido cambios en la patología de inicio a pesar de los distintos tratamientos pautados claramente encaminados a mejorar la sintomatología de la paciente en una enfermedad de carácter crónico. En las anotaciones de la historia clínica desde fechas muy lejanas a la presentación del escrito de reclamación se alude a la cronicidad de dicha patología, así por

ejemplo con claridad en la anotación de la Unidad del Dolor de 15 de febrero de 2018. Así, al menos desde febrero de 2018, como fecha más favorable para la interesada, la reclamante era conocedora del carácter permanente de su dolencia, sin perjuicio de los tratamientos paliativos a los que se sometió, por lo que desde la indicada fecha podría haber reclamado si entendía que dicha dolencia derivaba del acto anestésico reprochado.

Incluso aun atendiendo a la fecha indicada por la interesada como de estabilización de la lesión “*17 de julio de 2019 o el 24 de julio de 2019*”, la reclamación formulada el día 7 de mayo de 2021 sería claramente extemporánea. En este sentido, no puede tenerse en cuenta lo que aduce el representante de la interesada, en cuanto a la “*interrupción*” de los plazos de prescripción por la declaración del primer estado de alarma.

Así cabe recordar que la disposición adicional cuarta del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 dispone que “*los plazos de prescripción y caducidad de cualesquiera acciones y derechos quedan suspendidos durante el plazo de vigencia del estado de alarma y, en su caso, de las prórrogas que se adoptaren*” y que el artículo 10 del Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma, alzó, con efectos desde el 4 de junio de 2020, la suspensión de los plazos de prescripción y caducidad de derechos y acciones. Por tanto, los plazos de prescripción y caducidad estuvieron suspendidos, que no interrumpidos, desde el 14 de marzo hasta el 4 de junio, esto es, 82 días.

En este caso, el representante de la interesada confunde los términos de suspensión e interrupción que son jurídicamente diferentes. Así la suspensión supone que el plazo se detiene, en este

caso por la declaración del estado de alarma, si bien una vez superado el obstáculo o causa legal, dicho plazo se reanuda computándose el tiempo transcurrido hasta que se produjo la suspensión. Por el contrario, en los casos en los que se interrumpe el plazo (por ejemplo, por la interposición de una denuncia penal por los hechos objeto de reclamación), una vez que termina dicha interrupción, el plazo vuelve a contar desde el inicio, de manera que queda sin efecto el tiempo del plazo hasta entonces transcurrido.

Trasladando lo que acabamos de decir al caso que nos ocupa, y partiendo de la fecha de julio de 2019 como de estabilización de las secuelas referida por la interesada, en cuanto más favorable para sus intereses, la reclamación debió interponerse en julio de 2020, si bien añadiendo los días de suspensión del plazo de prescripción por la declaración de estado de alarma, dicho plazo culminaría en octubre de ese mismo año, por lo que la reclamación formulada el 7 de mayo de 2021 estaría presentada fuera del plazo legal.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada por haber prescrito el derecho a reclamar.

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 25 de octubre de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 661/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid