

Dictamen nº: **53/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **02.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 2 de febrero de 2023, 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., en su propio nombre y representación por los daños y perjuicios que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital Universitario del Henares en el tratamiento de tendinitis del supraespinoso del hombro derecho.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 8 de septiembre de 2020.

El escrito recoge que la paciente, ahora reclamante, venía sufriendo molestias en el hombro derecho que le limitaban para coger peso, levantar objetos y apoyarse sobre ese hombro, no pudiendo alcanzar el grado máximo de movimientos. Ello motivó que acudiera a

consulta de Traumatología del HUH, donde le pautaron una infiltración de corticoide y analgésico que le realizaron el 24 de junio de 2016, sin que la facultativa que la asistió le informase de las consecuencias de la infiltración ni le dieran ningún documento de consentimiento informado.

Continúa relatando que días después empezó a sufrir importantes dolores y fiebres acudiendo al Servicio de Urgencias el posterior día 8 de julio si bien descartaron infección, debiendo acudir nuevamente el posterior día 13 del mismo mes cuando le realizan ecografía en la que detectan un hematoma infectado y pautan tratamiento antibiótico.

Añade que los dolores persistieron, debiendo ser operada de urgencia el 26 de julio de absceso del hombro, quedando ingresada hasta el día 29 de julio posterior.

Reprocha la reclamante que la infección fue por un mal pinchazo y que, además, no fue abordada de manera adecuada por el Servicio de Urgencias. Todo ello le ha causado graves padecimientos siéndole reconocida una discapacidad del 49% por Resolución de fecha 28 de agosto de 2018, de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid.

La reclamación solicita ser indemnizada en cuantía que no concreta, y se acompaña de los informes médicos de la asistencia recibida y la resolución administrativa antes citada.

SEGUNDO.- Acordada la incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se solicitó la historia clínica de la que cabe extraer los siguientes datos de interés:

La reclamante, nacida en el año 1969 y sin antecedentes de interés, presenta dolores en el hombro derecho realizándosele

ecografía el 9 de julio de 2015 en el Hospital Universitario del Henares, cuyo informe refiere: *“... Tendón del supraespinoso engrosado heterogéneo que presenta pequeñas imágenes hiperecogénicas en la zona distal adyacente a la inserción humeral compatible con microcalcificaciones. También se observan áreas de muy baja ecogenicidad que puede estar en relación con roturas parciales versus cambios degenerativos intrasustancia. Tendón del infraespinoso engrosado. Conclusión: Tendinosis / tendinitis del supraespinoso con alguna microcalcificación y zonas degeneradas. Tendinosis del infraespinoso”*.

Se pauta tratamiento con analgesia básica oral Ibuprofeno 600 mg.

En consulta de Rehabilitación el 9 de septiembre de 2015 Carpintero, se recoge: *“...La paciente es autónoma y no puede venir a tratamiento, prefiere infiltrarse para control del dolor y hacer ejercicios en domicilio Entrego hoja con ejercicios. Cito para HDM (infiltración con Celestone+AL)”*.

Acude a consulta en Rehabilitación el 24 de junio de 2016, recogándose: *“...ya valorada en consulta, no quiso hacer tratamiento porque es autónoma y no tiene tiempo. Se propuso infiltración en HDM pero no pudo acudir por el mismo motivo. EF: Dolor en hombro derecho. BA completo. Infiltró con Trigón+ Mepi.”*

El 8 de julio de 2016 acude a Urgencias por dolor en el hombro derecho progresivo y picos de fiebre. El informe de Traumatología recoge: *“tumefacción y leve aumento de temperatura local de hombro Izquierdo. No eritema...Movilidad activa limitada. NVD conservado. RX: sin alteraciones. JC: no impresiona de patología infecciosa aguda. Plan: Tratamiento analgésico. Nueva reevaluación mañana. Valorar evaluación ecográfica. Solicito AU. Familiares no informados. Se avisa*

en varias ocasiones. Leucocitos 12.14 10E3/mCL (3.9-10.2), Neutrófilos 9.1 10E3/mCL (1.5-7.7) Fibrinógeno derivado 431 mg/dL. Proteína c reactiva 9.4mg/L”.

A las 24 horas se recoge la siguiente evolución: *“No eritema ni aumento de calor local. no hematoma ni deformidad aparente. No crepitación, movilidad: abducción activa a 90°, dolorosa al final. Resto algo limitada. nvd normal.- Leucocitos 8.91 10E3/mcl (3.9 - 10.2), Neutrófilos 5.7 10E3/mcl (1.5 - 7.7), Proteína c reactiva 23.8 mg/L (O.O - 5.0) Plan: Tras comentar el caso con traumatología se decide el alta ante baja sospecha de artritis séptica, con revisión en su consulta en 1 semana”.*

El 13 de julio acude nuevamente a Urgencias por dolor y fiebre, realizándose ecografía informándose como hematoma versus hematoma abscesificadas en región intermuscular en la cara posterior del hombro derecho. Se pauta tratamiento antibiótico y ante la buena evolución se da el alta el posterior día 16.

Consta informe fechado el 18 de julio en el que se recoge: *“En cultivo de líquido articular se aísla S. aureus, antibiograma en proceso”.*

El 22 de julio es revisada en Traumatología, mostrando buena evolución y se mantiene tratamiento antibiótico.

El 26 de julio es atendida nuevamente en Urgencias por sensación de tensión en región cara posterior hombro derecho, lo refiere como fluctuante. Se realiza ecografía de región escapular derecha que muestra: *“imagen de morfología fusiforme bien definida, hipoeecogénica con buena transmisión que sugiere colección entre deltoides e infraespinoso”.* Diagnóstico que es confirmado mediante TAC.

Ese mismo día se realiza drenaje de absceso a través de incisión transversa. Se drenan 30cc de material. purulento. Se realiza lavado. Se deja drenaje redón.

Permanece en ingreso hospitalario hasta su alta el 5 de agosto posterior, con buena evolución.

Acude a consultas de Traumatología los días 12 de agosto, 12 de septiembre y 18 de octubre, en las que continúa refiriendo dolor.

El siguiente día 19 se realiza resonancia magnética, cuyo informe dice: *“Aumento de intensidad de señal del tendón del supraespinoso en su inserción, sin observar discontinuidad del mismo, sugestivo de tendinosis/desgarro parcial.*

Sin alteraciones en el tendón infraespinoso, subescapular y porción larga del tendón del bíceps.

No se observan signos de desgarró en el labrum glenoideo.

Mínima distensión de la bursa subacromiosubdeltoidea compatible con bursitis.”

No se observan otras colecciones periarticulares. No se identifica derrame articular.

Se realiza electromiograma el día 24 de octubre en el que no muestra lesión neurógena”.

El 11 de noviembre inicia tratamiento rehabilitador.

El 31 de enero de 2017 acude a revisión en Traumatología, recogiénóse: *“Muy mal, mucho dolor, la REH refiere que le ha empeorado... Quiere una solución. EF: Cicatriz o.k. Movilidad muy*

limitada. RMN (abierto, la ha hecho fuera): Tendinosis/desgarro parcial SE. Bursitis subacromiodeltoidea. Plan: Veo con Dr. R., proponemos IQ: Bursectomía+acromioplastia hombro D, explicamos expectativas. Doy CI. Seguir REH mientras”.

Es intervenida el 3 de mayo de 2017 realizándose acromioplastia, bursectomía y sutura, siendo dada de alta dos días después.

Se realiza revisión el día 23 de mayo posterior, haciéndose constar: *“3 semanas POP. BEG. Dolor controlado. Con cabestrillo. HQx ok, cerrada, sin manchado ni tumefacción, ni otros signos flogóticos de infección. La que le molesta es la dorsal, pte valorar ponerse parches lidocaina. Buen trofismo distal. Plan: pauto ejercicios Codman y pasivos hasta 90°. Ir dejando progresivamente cabestrillo. Pte. ver RHB esta semana. Rev. 3 semanas”.* Acude a revisiones los días 20 de junio, 18 y 25 julio

El 16 de agosto acude a consulta en Psiquiatría por trastorno adaptativo con sintomatología ansioso depresivo. Inicia proceso de seguimiento regular en Salud Mental.

El 29 de agosto es revisada en Traumatología, continuando con mucho dolor. Se prescribe resonancia cuyos resultados muestran: *“Alteraciones postquirúrgicas rodeando el hombro con datos de tendinosis del supraespinoso y subescapular. De momento no se valora MBA”.*

Nueva revisión el 30 de enero y 6 de marzo de 2018 y se incluye en lista de espera para artrolisis artroscópica y revisión de la sutura del manguito.

El 15 de junio posterior es intervenida, recogiendo en el informe: *“1. Se realiza movilización bajo anestesia con más dificultad para las rotaciones. Se consigue movilidad completa. 2. CAHD: Espacio*

glenohumeral con leve sinovitis. ESA con manguito integro. Se liberan adherencias y se realiza bursectomía y acromioplastia". Durante el ingreso sufre cuadro de síndrome de abstinencia a opiáceos.

El 22 de agosto de 2018 se propone por Unidad del Dolor bloqueo del nervio supraescapular.

En revisión en Traumatología del día 19 de septiembre de 2018, se recoge: *"Hombro con negativa total a la movilización activa, pasivamente llega a 100° ABD con mucho dolor por parte del paciente. No tolera casi ninguno de los tratamientos que le hacen por náuseas, síncope... Está pendiente de iniciar rhb y bloqueo por parte de anestesia. Solicito RM y revisión. Intentar movilizaciones y ejercicios en domicilio en la medida de lo posible".*

Nueva revisión en Traumatología el 16 de enero de 2019, cuando se recoge: *"Mala evolución de la movilidad y dolor importante, que no cede con tratamiento de parches de fentanilo ni bloqueos en la unidad de dolor. BA activo ABD 45° con dolor. RO INT a S1. ABD pasiva a 100° con dolor. Última RM: signos postquirúrgicos de drenaje de absceso posterior entre deltoides e infraespinoso. Signos de tendinosis del manguito. Se explica que desde el punto de vista traumatológico no indico nuevas cirugías únicamente tratamiento a través de la unidad del dolor y seguimiento por psiquiatría por la afectación que esta limitación ha originado en todas las esferas de su vida".*

Acude para segunda opinión a Traumatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 23 de noviembre de 2019, y tras la realización de resonancia y electromiograma, el 3 de enero de 2020 se descarta nueva intervención quirúrgica.

TERCERO.- En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado el informe del Servicio de Medicina Física y

Rehabilitación del Hospital del Henares, en el que se explica: *“La paciente es valorada en consulta de Medicina Física y Rehabilitación por primera vez el 9/9/2015 siendo diagnosticada de tendinopatía del supraespinoso e infraespinoso hombro derecho.*

Según consta en la nota clínica de ese día: *“la paciente es autónoma y no puede venir a tratamiento, prefiere infiltrarse para control del dolor y hacer ejercicios en domicilio”.*

Se le proporciona una cita para realizar la infiltración en Hospital de Día Médico (HDM).

La siguiente nota clínica es el día 24/6/16: *“ya valorada en consulta, no quiso hacer tratamiento porque es autónoma y no tiene tiempo. Se propuso infiltración en HDM pero no pudo acudir por el mismo motivo”.*

Ante la persistencia de la clínica, se realiza la infiltración intraarticular del hombro en la consulta.

La facultativa, P. C. P., refiere que comentó oralmente a la paciente la técnica y los riesgos de la misma.

A continuación, el informe detalla las posibles complicaciones de la infiltración, recogiendo entre ellas las infecciones articulares e intraarticulares, así como artritis séptica.

Se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Médica, de 16 de julio de 2021, que, tras examinar la historia clínica de la reclamante, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye estimando que la atención médica y profesional dispensada a la paciente en el puede considerarse correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*, al entender que el cuadro doloroso de hombro derecho que se ha

mantenido hasta el momento presente no puede considerarse como generado por la punción articular efectuada en fecha 24 de junio de 2016 y la posterior artritis séptica correctamente abordada y tratada.

Asimismo se ha incorporado un informe pericial emitido por un facultativo especialista en Radiodiagnóstico, y Medicina Física y Rehabilitación, quien expone que la infección articular o de partes blandas a veces se asocia a procedimientos invasivos como las infiltraciones, en un 0.07% de los casos tras punción; añade que los procesos infecciosos en planos intermusculares, son de difícil detección, al no condicionar alteraciones analíticas importantes por encontrarse en un compartimento pseudoencapsulado y profundo. En el caso concreto considera el perito que la actuación médica no muestra signos de imprudencia, resolviéndose la complicación con una movilidad pasiva completa, y estimando que el dolor persistente en el hombro se relaciona con la patología tendinosa de base, incoándose tratamiento reglado en rehabilitación y medidas de control del dolor, con acciones terapéuticas adecuadamente enfocadas y acometidas.

El 3 de marzo de 2022 se presentan alegaciones por la reclamante en el trámite de audiencia conferido, limitándose a remitirse a lo alegado en el procedimiento contencioso seguido contra la desestimación presunta de la reclamación, y aporta informe pericial de especialista en Oftalmología en el que se reprocha la falta de consentimiento informado para la infiltración y el retraso en el tratamiento antibiótico de la infracción, lo que favoreció, a juicio del oftalmólogo, la formación de una absceso.

Finalmente, el 6 de mayo de 2022 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, en la que se desestima la reclamación al considerar que el derecho a reclamar se encuentra prescrito.

Consta en el expediente, que contra la desestimación presunta se interpuso recurso contencioso administrativo, que se sigue en la Sección Décima del Tribunal Superior de Madrid, bajo el número de procedimiento 627/2021, que, según ha informado el SERMAS se encuentra concluso para sentencia desde el 29 de junio de 2022.

CUARTO.- Remitida la solicitud de dictamen, al constatarse el avanzado estado de tramitación del recurso contencioso administrativo, se solicitó información sobre el mismo, que fue remitida el 20 de octubre de 2022.

Correspondiendo la solicitud de consulta del presente expediente 312/22 al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 2 de febrero 2023.

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, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

La reclamante sustenta su legitimación activa para reclamar en la condición de perjudicada por la asistencia sanitaria recibida el centro hospitalario dependiente del Servicio Madrileño de Salud.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el Hospital Universitario del Henares forma parte de la red sanitaria pública.

Respecto al procedimiento seguido, se ha solicitado y emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, al servicio cuya actuación es objeto de reproche. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica, tras lo cual se ha dado audiencia a la reclamante, realizando sus correspondientes alegaciones.

El hecho de la pendencia de recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta, no obsta a la obligación de emitirse este Dictamen, en tanto ha sido solicitado por el órgano competente pese a encontrarse ese procedimiento judicial pendiente únicamente de sentencia.

TERCERA.- 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 67.1 de la LPAC).

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 el caso concreto que nos ocupa, se reclama por las limitaciones que presenta el hombro derecho y el dolor crónico, que son atribuidos a la infección contraída en la infiltración realizada el 24 de junio de 2016 y su deficiente abordaje en los días posteriores en los que hubo un retraso en la instauración del tratamiento antibiótico. Desde ese mes la reclamante ha sido sometida a continuos tratamientos del dolor, rehabilitación e intervenciones quirúrgicas todas ellas, sin resultado.

Así, según el informe del perito oftalmólogo de la reclamante considera que las secuelas quedan determinadas el 19 de agosto de 2020 cuando se emite el diagnóstico de *“hombro congelado, muy doloroso a la movilización”*. Sin embargo, ese diagnóstico se encontraba recogido en términos similares meses o incluso años antes, lo relevante es determinar el momento en que esa dolencia puede considerarse permanente al carecer de tratamiento efectivo más allá de los paliativos del dolor.

A este respecto, si bien el dolor persistente, las limitaciones de movilidad y el diagnóstico de tendinosis se había manifestado ya en 2017, se realizaron sin éxito posteriores intervenciones y, es en la revisión en Traumatología el 16 de enero de 2019, cuando se expone con claridad que desde el punto de vista traumatológico no indica nuevas cirugías, únicamente tratamiento a través de la Unidad del Dolor y seguimiento por Psiquiatría por la afectación que esta limitación ha originado en todas las esferas de su vida.

Por tanto, a la fecha indicada era conocido que las secuelas, que la reclamante padecía y atribuye a la asistencia sanitaria prestada, no eran susceptibles de tratamiento real efectivo.

En este sentido, es reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo que afirma que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance, así sentencias de 10 de mayo de 2011 (recurso 3301/2007), de 26 de febrero de 2013 (recurso 367/2011) y de 6 de mayo de 2015 (recurso 2099/2013), entre otras. Esta doctrina se ha recogido por esta Comisión Jurídica Asesora en el Dictamen 552/19, de 19 de diciembre, en el 50/20, de 13 de febrero, o en el más reciente 562/21, de 2 de noviembre, entre otros.

Este mismo criterio se recoge en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 1 de febrero de 2018 (Rec. 301/2016) que, dice: *«Llegados a este punto, es menester poner de relieve la diferencia entre los daños continuados y permanentes, así como la valoración que merecen los tratamientos paliativos y de rehabilitación. En este sentido, resulta muy ilustrativa la Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de Febrero de 2013 (RJ 2013, 4000) , (recurso de casación 367/2011), en la que se dice “En este sentido, nuestra jurisprudencia, de la que son muestra entre otras muchas las sentencias de 18 de enero (RJ 2008, 166) y 1 de diciembre de 2008 (RJ 2008, 7024) y 14 de julio de 2009 (RJ 2010, 567)”, distingue entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el “dies a quo” será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance,*

como ocurrió en el caso enjuiciado, y le lleva a considerar: “Por tanto, diagnosticada la lesión nerviosa el 23 de enero de 2013 e, incluso, verificada la inexistencia de cambios significativos el 3 abril (EMG de 13 de marzo), es evidente que a partir de dicha fecha el tratamiento farmacológico (Unidad del Dolor) y rehabilitador estaba encaminado únicamente a la disminución de la intensidad del dolor y, en su caso, la mejora de una lesión que ya estaba claramente determinada, sin perjuicio de que se realizaran pruebas de control para verificar una posible mejoría. De hecho, en consulta del 15 de octubre se revisa un nuevo EMG de fecha 25 de septiembre, que nuevamente informa: “en comparación con el estudio previo, con fecha 13/03/2013 no se objetivan variaciones significativas”.

En definitiva, incluso partiendo de la fecha más favorable para el paciente, ha de fijarse como dies a quo el 3 de abril de 2013. Por consiguiente, cuando se presentó la reclamación de responsabilidad patrimonial el 5 de mayo de 2014, la acción estaba prescrita».

La búsqueda posterior de segundas opiniones, que no hicieron sino confirmar el diagnóstico y la ausencia de más tratamientos, o el seguimiento de la afectación psicológica que los padecimientos permanentes le causaron, no enervan el inicio del cómputo del plazo de prescripción en tanto la reclamante ya era plena conocedora del alcance de sus dolencias.

De hecho, cabe tener presente que el 28 de agosto de 2018, la reclamante solicitó la declaración de discapacidad que le fue reconocido por la limitación funcional del hombro derecho y trastorno psíquico en un grado del 49 % mediante Resolución de fecha 12 de marzo de 2019, de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid con efectos de la fecha de la solicitud.

Esta declaración, si bien despliega sus efectos en materia de protección social y no determina la fecha de consolidación de las secuelas, sí presupone el efectivo conocimiento de estas por la reclamante y su carácter permanente, sin perjuicio de las mejoras o empeoramientos que las mismas puedan tener. En este sentido, si bien con referencia a las declaraciones de incapacidad se pronuncia el Tribunal Supremo, en sus sentencias de 9 de febrero de 2016 (Rec. 1483/2014) y 21 de abril de 2016 (Rec.3317/2014), donde señalan que cuando no consta que entre el informe médico y declaración de la incapacidad o invalidez *“no hubiera ninguna evolución de las secuelas, ni que se produjera un cambio significativo de los daños sufridos con ocasión de su caída, la declaración de incapacidad o invalidez permanente total es una decisión ya sea administrativa como judicial de revisión, llamada a desplegar su eficacia principalmente en el ámbito laboral y de previsión social y, en todo caso, presupone una previa verificación de todas las consecuencias del accidente. En otras palabras, tanto el informe médico...como la decisión administrativa...presuponen que las secuelas habían quedado definitivamente fijadas con anterioridad”*.

En efecto, la declaración de discapacidad presupone que, al momento de su declaración, existía una disminución funcional cronificada y conocida por el reclamante al momento de la solicitud de aquella.

Así, bien sea tomando la fecha de solicitud de la discapacidad o el 16 de enero de 2019, cuando el Servicio de Traumatología descarta cualquier posible tratamiento, excepto paliativos del dolor y del trastorno psicológico, la reclamación presentada el 8 de septiembre de 2020 debe reputarse prescrita.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial por estar 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 2 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 53/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid