



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **309/2023**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 3 de noviembre de 2023, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 9 de mayo de 2023 (COMINTER 119003) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 10 de mayo de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_152), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 18 de noviembre de 2019 tuvo entrada en el registro un escrito de D. X con el que formulaba una reclamación de responsabilidad patrimonial contra el Servicio Murciano de Salud (SMS) por mala praxis en la atención que se le prestó en el “Hospital Viamed San José” (CSJ), al que había sido derivado, para practicarle una intervención quirúrgica el 2 de febrero de 2012, por padecer una lumbociática derecha con discopatía L4-L5.

Afirma en su reclamación que tras la operación estuvo tres días sin asistencia médica en dicho hospital, porque el doctor que le intervino (doctor Y) no pasó a realizarle las oportunas revisiones, siendo atendido por enfermeras y auxiliares. Fue dado de alta el 16 de febrero de 2012.

A las pocas horas de la operación, la cama estaba manchada de sangre, por lo que avisó a un auxiliar de enfermería, quien le dijo que se le había salido el drenaje y que el cirujano que realizó la intervención debía examinarlo. Intentaron localizarlo y no obtuvieron respuesta. Permaneció tres días en esa situación de sangrado y sin asistencia médica, lo que le produjo un hematoma importante que no fue diagnosticado hasta el día 17 de diciembre de 2012, por el doctor Z, facultativo especialista en Neurología.

Con fecha 4 de abril de 2012 acudió a consultas externas de Traumatología del Hospital General Universitario Reina Sofía (HRS) siendo remitido a fisioterapia, aunque persistía la lumbalgia que empeoraba al caminar y al estar sentado.

El día 23 de mayo de 2012 acudió de nuevo a consultas externas y se le informó que presentaba síndrome de espalda fallida, artrodesis lumbar en lumbalgia incapacitante, sin mejoría de la sintomatología y se señalaba que era improbable la recuperación de la función musculoesquelética que le permitiera realizar un trabajo de esfuerzo.

Con fecha 4 de julio de 2012, el facultativo que lo intervino en la CSJ propuso su revisión quirúrgica, lo que aceptó.

Con fecha 13 de agosto de 2012, el mismo facultativo observó que la clínica que presentaba era compatible con compresión del nivel L3-L4, posiblemente secundaria a hematoma postquirúrgico, según se apreciaba en la resonancia magnética (RMN) y confirmaba la ecografía.

El 17 de diciembre de 2012, el doctor Z, facultativo especialista en Neurología informó que la electromiografía (EMG) establece una *"radiculopatía crónica bilateral de L3 a S1 grado moderado a severo. RM lumbar: voluminosa masa que ocupa desde la musculatura paravertebral derecha al espacio epidural, desplazando y comprimiendo el saco dural siendo el diagnóstico más probable de hematoma en evolución. Ecografía: masa paravertebral de 44x18 mm de naturaleza líquida. Actualmente en la exploración se aprecia una debilidad proximal de ambos miembros inferiores de predominio derecho con contracción submáxima con arreflexia de rotulianos bilateralmente e hiporreflexia de aquileas. Actualmente el paciente está pendiente de nueva intervención por parte de Traumatología que consideramos oportuna"*.

Continúa el reclamante señalando que el 15 de marzo de 2013 el doctor Y recomendó proseguir tratamiento conservador, olvidándose de lo que dijo en su informe de 13 de agosto de 2012 y de la recomendación del neurólogo sobre que había que realizar una nueva intervención.

El 26 de septiembre de 2013, el doctor Y propuso la revisión de la artrodesis con nuevo aporte de injerto y valoración de si existía aflojamiento de tornillos pediculares, incluyéndolo en la lista de espera quirúrgica, todo ello tras un año y medio de evolución.

El 15 de noviembre 2013 fue intervenido de nuevo, siendo dado de alta el siguiente día 18. En revisiones posteriores de 2014, 2015 y 2016 el doctor Y informó que el paciente estaba muy limitado para las actividades de la vida ordinaria y laboral.

En fecha 7 de diciembre 2017 informa de síndrome de artrodesis fallida, y el 21 de junio de 2018 de la existencia de un proceso inflamatorio secuelar intradural compatible con aracnoiditis que considera una situación crónica y refractaria a tratamientos quirúrgicos satisfactorios. El paciente estaba dispuesto a otra intervención quirúrgica pero el facultativo no encuentra posibilidades de mejora a su aracnoiditis con tratamiento quirúrgico.

El reclamante solicita como medios de prueba que se incorpore al expediente su historia clínica del HRS y acompaña diversa documentación sanitaria relacionada con su reclamación.

Considera que ha sido víctima de mala praxis médica en la primera operación que le realizó el doctor Y, provocándole un importante hematoma que agravó sus lesiones, generándole unos daños físicos y psíquicos por los que solicitaba ser indemnizado, sin cuantificar su importe. Finalmente, afirmaba que el Instituto Nacional de la Seguridad Social le había reconocido la incapacidad permanente total.

SEGUNDO.- El 19 de febrero de 2020, una asesora jurídica del SMS, ante la posibilidad de que existiera prescripción del derecho del reclamante, dirigió un escrito al Director Gerente del HRS para que, por el doctor Y, se emitiera informe sobre la fecha en la que consideraba estabilizadas las secuelas derivadas de la primera intervención, practicada en CSJ el 9 de febrero de 2012, porque, en el informe de consultas externas de 21 de junio de 2018 constaba que *"Dada la sintomatología el paciente se encuentra muy limitado para cualquier actividad. Por otro lado, la existencia de un proceso inflamatorio secuelar intradural compatible con aracnoiditis, se considera una situación crónica y refractaria a ttos (sic) quirúrgicos satisfactorios. El paciente estaba dispuesto a una intervención quirúrgica, pero no encuentro posibilidades de mejora de su aracnoiditis con tto qco (sic)"*.

TERCERO.- En respuesta a la petición, con escrito de 1 de abril de 2020, se remitió el informe de 27 de marzo del doctor Y. Hace en él diversas consideraciones sobre los tratamientos a que fue sometido el paciente y afirma *"Así pues, considero estabilizado su proceso desde el 20-8-2014, en que fue revisado por su lumbalgia postquirúrgica, sin apreciarse cambios funcionalmente significativos"*.

CUARTO.- El 11 de mayo de 2020 se elevó propuesta de inadmisión de la reclamación por haber prescrito el derecho del reclamante para iniciar el procedimiento de responsabilidad patrimonial. Por orden de 4 de junio de 2020, dictada por el Gerente del SMS por delegación del titular de la Consejería de Salud, se acordó la inadmisión de la reclamación.

QUINTO.- Notificada la orden de inadmisión a la compañía aseguradora el 12 de junio de 2020 y al interesado el siguiente día 29, el día 27 de julio de 2020 tuvo entrada en el registro un escrito del interesado formulando recurso de reposición contra la misma, entendiendo que no existía prescripción, pues así lo demostraban los distintos

informes del propio doctor Y, posteriores al 20 de agosto de 2014, y en los de la doctora Q, de Salud Mental, que en el 6 de agosto de 2019 seguía recomendando que siguiera en tratamiento al persistir la clínica depresiva que padecía. Al recurso adjuntaba dos informes de la doctora Q.

SEXTO.- Por resolución del Director Gerente del SMS, de 14 de septiembre de 2020, a la vista del recurso de reposición interpuesto, se admitió la reclamación presentada, se ordenó la incoación del expediente número 863/19 y se designó al Servicio Jurídico como órgano encargado de la instrucción. La admisión fue notificada al interesado el 6 de octubre de 2020.

SÉPTIMO.- Con sendos escritos de 17 de septiembre de 2020 se solicitó a la Gerencia del CSJ, del HRS y a la Dirección Médica del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" (HRA) la remisión de una copia de la historia clínica del paciente, así como el informe de los profesionales que le hubieran prestado asistencia. En la misma fecha se comunicó a la correduría de seguros "Aón Gil y Carvajal S.A." la presentación del recurso de reposición y la admisión de la reclamación.

OCTAVO.- Mediante comunicación interior de 2 de octubre de 2020, la Dirección Gerencia del HRA envió la documentación solicitada, en la que se incluyen dos informes de la doctora Q, de 11 de mayo de 2018 y de 6 de agosto de 2019. Se apunta en ellos que acudió por primera vez al Centro de salud Mental el 16 de junio de 2017, con un diagnóstico de episodio depresivo, realizándose seguimiento psiquiátrico de forma regular, con una evolución tórpida en la que se habían ido pautando distintos antidepresivos sin clara mejoría, por lo que se estimaba necesario continuar el seguimiento en salud mental.

NOVENO.- Con escrito de 21 de noviembre de 2020 se reiteraron las peticiones dirigidas al CSJ y al HRS.

El 27 de noviembre de 2020 se envió la historia clínica del paciente y un informe del doctor Y, del Servicio de Traumatología del HRS. El informe distingue cuatro apartados.

El primero, relativo a la historia previa de la patología lumbar del paciente, indica que inició cuadro clínico de dolor lumbar en 2009 comenzando con tratamiento reumatológico sin obtener mejoría satisfactoria, por lo que insistió en ser valorado por unidad de cirugía de raquis, a la que lo remitió el reumatólogo, expresando en la interconsulta que no veía indicación de cirugía. Allí se le practicó un tratamiento percutáneo - discolisis - mediante punción del disco L4-L5, logrando una inicial mejoría que desapareció posteriormente, siendo remitido a la Unidad del dolor al no apreciar indicación de cirugía el facultativo que lo atendía. En tal Unidad, durante dos años, se buscó un tratamiento adecuado, pero resultó ineficaz, insistiendo el paciente en la solución quirúrgica a la que accedió el informante, incluyéndolo en la lista de espera quirúrgica, al entender que se habían agotado todas las posibilidades de tratamiento y haber experimentado una ligera mejoría temporal tras la discolisis.

El segundo apartado del informe se refiere a la intervención quirúrgica que ocasiona la reclamación. Se dice en él que se practicó el 9 de febrero de 2012 y que, durante el ingreso hospitalario del paciente, fue complicado controlar el dolor postquirúrgico por la intolerancia que presentó a diversos analgésicos antiinflamatorios, debiendo acudir personalmente el informante para ajustar el tratamiento. No obstante, como evolucionó correctamente, fue dado de alta para continuar el tratamiento en su domicilio y sometido a posteriores revisiones. En cuanto al hematoma postquirúrgico dice que es algo habitual, que se reabsorbe con el paso del tiempo, no estando indicado reabrir para eliminarlo salvo que se produzcan complicaciones como drenaje persistente a través de la herida. No existiendo tales complicaciones no se consideró la posibilidad de extraerlo. Termina el apartado negando que el paciente no fuera visitado por él ni por otro cirujano del mismo servicio, pues la organización en turnos, aunque no permite que el paciente sea visitado todos los días por el mismo cirujano, sí garantiza un seguimiento continuo de la evolución de los pacientes, de lo que es prueba la sesión clínica que cada día se efectúa a primera hora de la mañana.

El apartado tercero se centra en el desarrollo de la evolución del paciente, asegurando que, tras el alta, su evolución fue la habitual, mejorando la ciatalgia al mes y medio de la operación, si bien, después del tercer mes, volvió a empeorar, presentando un síndrome de espalda fallida, esto es, un fracaso del tratamiento quirúrgico en el control del dolor lumbar, lo que obligó a pedir nuevas pruebas complementarias. Tras su realización se observó la existencia de una radiculopatía crónica severa con afectación bilateral de las raíces desde L3 a S1. Ante ello se decidió hacer una nueva intervención, practicada el 16 de noviembre de 2012. Después de recuperarse de ella, el paciente volvió a la consulta el 15 de marzo de 2013. Tras su examen el informante desaconsejó otro tratamiento quirúrgico, ordenando seguimiento para valorar posibles aflojamientos de la fijación vertebral.

Un año y medio después de la intervención de artrodesis, como seguía manifestando no tolerar su dolor lumbar ni los implantes de fijación, aunque el médico le informa de que la extracción de los mismos puede que no supongan mejora apreciable, ante su insistencia en que se le ofrezca la oportunidad de mejorar, finalmente le incluye nuevamente en lista de espera quirúrgica, siendo intervenido el 15 de noviembre de 2013. Inicialmente presenta una ligera mejoría, pero su evolución final no experimenta cambios.

El apartado cuarto del informe se centra en la que califica “evolución tardía (2014-2020). Desde aquel año, hasta el momento de emisión del informe, el paciente siguió revisiones en la consulta del informante y en la Unidad del dolor, con períodos de empeoramiento e incapacidad severa. En 2018 se le informó de que la aracnoiditis no era subsidiaria del tratamiento quirúrgico, pero él siguió insistiendo en una opción quirúrgica y que se le derivara a Neurocirugía. Valorado por el Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA), en 2019 se confirmó la imposibilidad de tratamiento quirúrgico, añadiendo que los síntomas funcionales hacían referencia a un trastorno psicossomático en el que el paciente manifiesta síntomas superpuestos de intensidad exagerada, que ocasionan sufrimiento y discapacidad, pero cuya relación con anomalías estructurales es baja o inexistente, y en cuya génesis predominaba la reacción psico lógica ante sus problemas físicos o anímicos.

En el apartado quinto hace un resumen en el que concluye que *“Desconocemos en qué momento de la evolución del paciente comenzaron a predominar los síntomas psicossomáticos sobre los problemas mecánicos de su columna vertebral, pero es probable que la sobreestimación de estos síntomas haya llevado a repetidas cirugías que por tanto no han dado el resultado esperado. Un psiquiatra propuso el siguiente símil para describir el trastorno adaptativo mixto, que serviría para entender mejor el difícil caso de este paciente: “es como si en una carretera que no está muy averiada, nuestro coche sufre la rotura total de una rueda que nos incapacita para seguir nuestro viaje (Dr. R)” La carretera averiada serían la discopatía lumbar, y la rotura de la rueda el trastorno adaptativo que origina una vivencia exagerada de la sintomatología lumbar, con somatización de sus problemas emocionales”.*

DÉCIMO.- El día 1 de marzo de 2021 se remitió copia del expediente a la correduría de seguros para que fuera incluido en el orden del día de la siguiente reunión a celebrar por la Comisión.

En la misma fecha, el órgano instructor remitió copia del expediente a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (SIPA), en demanda de la emisión del informe de la Inspección Médica.

UNDÉCIMO.- El 1 de marzo de 2021 quedó registrado un escrito del Director Asistencial del CSJ en el que se hacían diversas consideraciones sobre la reclamación. Comenzaba señalando que el señor X fue atendido en dicho centro por derivación del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HRS, siendo atendido por personal del propio SMS, correspondiendo a ellos la asistencia y control evolutivo del paciente. Al mismo se acompañaba otro escrito del Gerente de dicho centro, al que se adjuntan un total de quince documentos integrantes de la historia clínica del paciente.

La documentación fue enviada en esa misma fecha a la correduría de seguros y a la SIPA el día 8 siguiente, si bien, el día 1 de marzo ya se había reiterado la petición de informe de la Inspección Médica.

DUODÉCIMO.- Mediante escrito presentado el 20 de septiembre de 2021, el interesado solicitó el impulso del procedimiento. Del escrito se envió copia a la SIPA.

La instructora del expediente comunicó al interesado que se estaba a la espera de la emisión del informe de la Inspección Médica, tras lo cual, se abriría el trámite de audiencia.

DECIMOTERCERO.- Obra unido al expediente, remitido mediante correo electrónico de 22 de septiembre de 2021, un informe médico pericial de la empresa --, de 22 de abril de 2021, de los doctores S e T, facultativos especialistas en Traumatología, que concluyen considerando estabilizado el proceso desde el 20 de agosto de 2014.

Una copia del informe fue remitida a la SIPA mediante escrito de 23 de septiembre de 2021.

DECIMOCUARTO.- La instructora del expediente se dirigió a la SIPA, mediante escrito de 29 de noviembre de 2022, para que la Inspección Médica informara de todas las fechas de incapacidad del paciente, tanto temporal

como permanente. A la petición respondió la Jefe de Servicio de Incapacidad Temporal y Salud Laboral, exponiendo las fechas de los procesos de incapacidad temporal del interesado. Todos ellos lo fueron por lumbago lumbalgia, sin irradiación, siendo la fecha de la primera el 19 de febrero de 2009, mantenida hasta el 18 de febrero de 2010, en la que fue alta por paso a control del INSS. El segundo se inició y concluyó el 4 de febrero de 2011. Y el tercero, con inicio y terminación el 9 de febrero de 2012, en ambos casos, por cierre del proceso por la Inspección Médica por baja en situación de desempleo, sin derecho a prestación de incapacidad temporal.

DECIMOQUINTO.- La instructora dirigió un escrito al interesado solicitando el envío de una copia de la resolución del INSS declarándolo en situación de incapacidad permanente total, así como del informe del equipo de valoración de incapacidades.

La petición fue contestada mediante escrito registrado el 10 de enero de 2023, acompañando la documentación referida: resolución de 27 de junio de 2012 e informe de valoración de 22 del mismo mes y año.

La documentación fue remitida a la correduría de seguros mediante escrito de 13 de enero de 2023.

DECIMOSEXTO.- Por acuerdo de 31 de enero de 2023 se dispuso la apertura del trámite de audiencia. Intentada la notificación al interesado resultando infructuosa en las dos ocasiones, fue retirada de la oficina de correos por él mismo el día 22 de febrero de 2023.

DECIMOSEPTIMO.- El 28 de febrero de 2023 el interesado presentó un escrito formulando alegaciones reiterativas de las ya efectuadas con anterioridad.

DECIMOCTAVO.- La instructora del procedimiento elevó el 4 de mayo de 2023 su propuesta de desestimación de la reclamación, al haber prescrito la acción para reclamar y no concurrir todos los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la administración.

DECIMONOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando copia del expediente y el extracto e índice reglamentarios, si bien la documentación no se completó hasta el día 19 de septiembre de 2023, en el que se recibieron dos discos compactos que incluían la que inicialmente se anunciaba como integrante de los folios 83 y 86, pero que finalmente se identificó como de los folios 149 a 151 del expediente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo ya que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 LPACAP, y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA. – Legitimación y procedimiento.

I. El interesado ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del sector Público (LRJSP).

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público sanitario, a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño, y ello con independencia de que la operación quirúrgica en la que se considera originado se efectuara en una clínica concertada (CSJ). Como señalamos en nuestro Dictamen 136/2003, esta circunstancia no altera el hecho de que el servicio que se presta es público y que su titularidad la ostenta la Administración, con independencia de que se gestione por un tercero; por ello, sería injusto que el grado de responsabilidad derivado de la prestación de un servicio público dependa de la forma en que se realice el servicio por los poderes públicos, sin olvidar que los centros concertados están sujetos a la inspección y control de la autoridad sanitaria (artículo 67.5 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).

II. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que excede, en mucho, del previsto en el artículo 91.3 LPAC. Se ha de señalar que el interesado no cuantificó su petición en ningún momento.

Se ha de llamar la atención sobre la forma en que se ha dado respuesta al recurso de reposición que presentó el interesado contra la inicial decisión de inadmitir su reclamación. Esa primera decisión, mediante orden de 4 de junio de 2020, del Consejero de Salud, fue dictada por el Director Gerente del SMS por delegación de aquel. En consecuencia, tal como dispone el artículo 9.4 LRJSP, el acto ha de entenderse dictado por el Consejero, debiendo ser él quien resolviera el recurso. Pero no se hizo así, sino que, en lugar de dictar una orden estimatoria del recurso, se dictó la resolución de 14 de septiembre de 2020 admitiendo la reclamación *“Visto el escrito de Recurso de Reposición [...]”*. Es esta una forma irregular de resolver la cuestión. La delegación efectuada por orden de 4 de noviembre de 2015 en favor del Director Gerente del SMS incluía la resolución de los recursos de reposición que pudieran presentarse en el ámbito de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. De ahí que la forma adoptada, Resolución del Director Gerente, no fue la adecuada, sino que debió hacerse mediante una nueva orden delegada del consejero. No obstante, la admisión de la reclamación y la orden de incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial por un órgano incompetente no puede perjudicar al interesado.

TERCERA. – Plazo para reclamar.

La propuesta de resolución considera que el plazo para reclamar ha prescrito *“[...] teniendo en cuenta estos dos informes médicos, el proceso puede considerarse estabilizado el 20 de agosto de 2014, por lo que la reclamación presentada en fecha 18 de noviembre de 2019 estaría prescrita”*, en alusión a los informes del doctor Y y de los facultativos especialistas de la empresa --.

El artículo 67.1 LPAC dispone que, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, *“el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

Como manifestamos en nuestro reciente Dictamen nº 33/2019, *“[...] debe recordarse la jurisprudencia del TS sobre la prescripción de la acción en caso de daños físicos o psíquicos.*

Así, la STS, Sala 3ª de 6 de mayo de 2015 expresa:

«Cuando la sentencia recurrida aborda la cuestión de la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial cita con acierto la consolidada y reiterada doctrina jurisprudencial sobre la aplicación del principio de la actio nata, a cuyo tenor, en lo que ahora interesa, el dies a quo del plazo prescriptorio ha de situarse en la fecha en que se ha determinado el alcance de las secuelas, como se sigue del artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, momento en el que se entiende que el afectado tiene pleno conocimiento de las condiciones fácticas y jurídicas que pueden justificar una reclamación de esta naturaleza».

Ciertamente, la jurisprudencia de esta Sala (por todas, sentencia de 26 de febrero de 2013, dictada en el recurso de casación núm. 367/2011) distingue, en supuestos como el que nos ocupa, entre daños continuados, que no permiten conocer en el momento en que se producen 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.

(...)

Lo relevante, con independencia de la terminología, es determinar el momento en el que las manifestaciones esenciales de la enfermedad y las secuelas que ésta indefectiblemente acarrea pueden reputarse como efectivamente constatadas, de modo que los afectados puedan ya ejercitar su derecho a reclamar al considerarse completados los elementos fácticos y jurídicos que permiten deducir la acción”.

Como vimos, considera la propuesta de resolución que el *dies a quo* para computar el plazo de un año para el ejercicio de la acción es el 20 de agosto de 2014, fecha de consolidación de las secuelas, según los informes citados anteriormente. Ciertamente es que, después de esa fecha, el reclamante continuó siendo tratado por los servicios sanitarios, pero, como señala el informe de -- *“Consideramos que su proceso puede considerarse estabilizado desde el 20-8-2014, en que fue revisado por su lumbalgia postquirúrgica, sin apreciar cambios funcionalmente significativos, a pesar de poder tener periodos de exacerbación y remisión parcial de la sintomatología”.*

El 27 de marzo de 2020, el doctor Y emite un informe en el que fija como fecha de consolidación del proceso el 20 de agosto de 2014. Dice en él: *“Paciente que ha sido intervenido múltiples de columna lumbar además tratado en Unidad de dolor con infiltraciones epidurales y técnicas de radiofrecuencia, sin resultado duradero. Además, ha consultado por dolor postquirúrgico en relación con hernia inguinal intervenida, y también se le han realizado por este problema tratamiento en Unidad de dolor. Finalmente ha consultado por problemas cervicales y por espón calcáneo, optándose por tratamiento conservador. Última intervención de raquis lumbar, el 15-11-2013, en la que se realiza Extracción de Material de Fijación y neurolisis de la raíces más afectadas, tras realizar múltiples intentos de tratamiento conservador sin resultado. Desde entonces no ha sido reintervenido de raquis lumbar de nuevo, persistiendo incapacitado por sus problemas lumbares, aunque si ha sido tratado con diferentes técnicas en la unidad de dolor, que tampoco han sido fructuosas. Así pues, considero estabilizado su proceso desde el 20-8-2014, en que fue revisado por su lumbalgia postquirúrgica, sin apreciar cambios funcionalmente significativos. Con el fin de conocer su evolución, y disponer de pruebas complementarias objetivas de su padecimiento lumbar en 2015, 17 de septiembre, se realiza EMG que informa de radiculopatía severa bilateral L3-4-5 y S1 moderada. En 2018, 15 de junio, se realiza RMN que muestra imagen sugerente de aracnoiditis de raíces lumbares, compatible con su clínica y con los hallazgos de la EMG, y que explicarían la evolución del paciente. En todas las revisiones posteriores al 20-8-2014 el paciente se encuentra incapacitado de forma severa debido a su patología lumbar”*

Y es que, consolidado el proceso en esa fecha, los tratamientos posteriores, por ejemplo, en la Unidad del dolor, han pretendido conseguir una mejoría de la calidad de vida del paciente, a la vista de que su afección originaria ya estaba estabilizada. En su informe de 23 de noviembre de 2020, reitera el doctor Y que *“Desde el año 2014 a la actualidad el paciente sigue revisiones en mi consulta, y en las consultas de la Unidad de Dolor, de neurocirugía y de neurología refiriendo una situación clínica similar, con periodos de empeoramiento e incapacidad severa”.*

Es decir, por parte del traumatólogo que lo intervino y siguió tratándolo después, se considera que, desde 2014 a 2020, la situación del paciente no presenta más cambios que el empeoramiento temporal de los síntomas que su afección consolidada le generaba. Igualmente, el tratamiento en la Unidad del dolor, por su propia naturaleza, se presenta como paliativo, pero no curativo de sus afecciones. Y, por último, la atención que se le presta en Neurología y Neurocirugía del HUCA, viene a confirmar que la enfermedad de base es la lumbalgia crónica secundaria a artrodesis L4-L5 (informe de 9 de julio de 2019, del doctor V, del Servicio de Neurología, folio número 81), siendo precisamente la artrodesis la que se le realizó en la primera intervención de 9 de febrero de 2012. Así, vemos que, las distintas asistencias desde esa fecha hasta el 20 de agosto de 2014 tuvieron como fin último la eliminación, o al menos, la corrección de la lesión que padecía el interesado, cuyas secuelas quedaron plenamente determinadas en ese momento. De ahí que la reclamación presentada el 18 de noviembre de 2019 lo fuera una vez consumido el plazo legal establecido y, por tanto, una vez prescrita la acción para exigir responsabilidad.

Abundando más. Ha quedado acreditado en el expediente que el inicio de la atención psiquiátrica a que se sometió el paciente se remonta al 16 de junio de 2017, realizando desde entonces un seguimiento regular, según concreta la doctora Q en su informe de 6 de agosto de 2019 (folio número 53). A tenor de este *“El paciente presenta un cuadro clínico consistente en ánimo bajo, sueño irregular y no reparador, labilidad emocional,*

irritabilidad, sentimientos de impotencia, miedo a perder el control, gran tensión interna y rabia contenida, reactivo a su situación física, presenta patología ósea limitante y situación familiar, patología grave de la mujer y el paciente es el principal cuidador. A lo largo de los años se han pautado distintos antidepresivos con presencia de efectos secundarios e intolerancia que se han retirado. No mejoría de la sintomatología. Evolución tórpida. En última cita, el día 5 de agosto de 2019, persiste clínica depresiva, con momentos de irritabilidad, impotencia, labilidad emocional y desesperanza. El cuadro clínico que presenta el paciente, e influido por rasgos desadaptativos de personalidad, le limita para la realización de actividades normalizadas. Continuar seguimiento en salud mental”.

Con esto se constata que el proceso depresivo se había iniciado ya en esa fecha, y se ha mantenido en los años siguientes. De modo que, atendiendo a la determinación definitiva de las secuelas, sin cuestionar que el proceso depresivo también lo fuera de la intervención quirúrgica, queda probado su fecha de consolidación, debiendo tomar como *dies a quo* para el ejercicio de la acción por esta afección, el 16 de junio de 2017. De ahí que, cuando se presentó la reclamación el 18 de noviembre de 2019, resulte evidente que había transcurrido sobradamente el plazo de un año legalmente previsto.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta desestimatoria de la reclamación patrimonial formulada, en cuanto que aprecia la prescripción de la acción para reclamar.

No obstante, V.E. resolverá.

