



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 119/2011

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 31 de mayo de 2011, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excma. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 10 de diciembre de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, en nombre y representación de su esposo x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **288/10**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 29 de agosto de 2008, x, en nombre y representación de su marido, x, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud (SMS), por los daños padecidos por este último como consecuencia de la tardanza en recibir el tratamiento de embolización que requería el diagnóstico que presentaba: *"fístula dural dependiente de AMMI, con dos aneurismas de flujo dependientes de ella, y drenaje venoso al seno sagital superior, con mínimo aporte desde la arteria AMMD"*, así como por la tardía e insuficiente rehabilitación que se le prestó.

Según la reclamante el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la práctica total de la embolización resultó excesivo, pues entre ambos momentos transcurrió un mes. Por otro lado, también alega que el tratamiento rehabilitador prestado por la sanidad pública se inició con retraso y, además, ha resultado insuficiente, por lo que la familia ha tenido que acudir a un centro rehabilitador de carácter privado.

El paciente presenta, según se afirma en la reclamación, el siguiente estado físico: *"cuadro bradipsíquico con alteraciones leves o moderadas de memoria reciente y hemiparesia derecha de predominio superior en regresión; así como temblor en miembro superior derecho que se acentúa en las situaciones estresantes o adversas, y crisis convulsivas que siguen presentes*

aún con medicación". Con el fin de mejorar estas dolencias el paciente continua, a la fecha de la reclamación, recibiendo tratamiento rehabilitador en una clínica privada.

Según la reclamante estaríamos ante un supuesto de responsabilidad patrimonial atribuible a los servicios públicos sanitarios por la defectuosa y tardía asistencia sanitaria prestada a su marido, por lo que solicita una indemnización que cifra en 4.000 euros, a los que habría que añadir, en su momento, el importe de las sesiones de rehabilitación que se están prestando al paciente en la actualidad. Manifiesta también que se ha solicitado al SMS el reintegro de gastos farmacéuticos por importe de 1.739,56 euros, indicando que si el citado reintegro no se materializase dicha cantidad deberá adicionarse al importe de la indemnización por responsabilidad patrimonial que ahora se solicita.

Adjunta diversa documentación relacionada con el objeto de su reclamación, entre la que figura: Copia del libro de familia acreditativo del parentesco que une a la reclamante con el paciente; factura de farmacia por importe de 1.739,56 euros e informe médico emitido por el Dr. x, neurocirujano, del siguiente tenor:

"Paciente de 59 años. Sin antecedentes. El 30.08.07 sufre episodio brusco de afasia y hemiplejía dcha. Ingresado de urgencia, se diagnostica (TAC) de hematoma hemisférico izquierdo, con mínimo desplazamiento de línea media sin herniaciones subfalcianas y de uncus. Se traslada a otro centro para su tratamiento.

Ingresa el 31.08.07. Pidiéndose arteriografía diagnóstica que se realiza el 13.09.07, que confirma la existencia de una fístula dural dependiente de la A.M.M.I, con dos aneurismas de flujo dependientes de ella, y drenaje venoso al seno sagital superior. Mínimo aporte desde la A. MMD.

El paciente mejora de su hemiplejía poco a poco. Aparecen crisis convulsivas. Se decide embolización de la fístula, que no se realiza hasta el 05.10.07 y 12.10.07. Siendo trasladado el 16.10.08 (sic) a su centro de referencia con hemiparesia dcha. residual, deterioro cognitivo y epilepsia sintomática.

EVOLUCIÓN:

Mejoría progresiva. Disfasia y hemiparesia dcha. Crisis comiciales y alteración conductual

secundaria.

En Enero se realiza angiografía de control en la que la fístula arterio-venosa está totalmente excluida de la circulación intracraneal.

ACTUAL:

Paciente bradipsíquico con alteraciones leves-moderadas de memoria reciente y hemiparesia dcha. de predominio superior en regresión - evolutiva. Temblor M.S.D. que se acentúa con las situaciones estresantes o adversas. Crisis convulsivas aún presentes con medicación.

DIAGNÓSTICO:

FÍSTULA DURAL dependiente de Art. Menígea media Izq, y art.menígea media dcha. (EMBOLIZACIÓN) EXCLUIDA de la circulación. FÍSTULA A. V. a nivel del seno recto.

HEMIPARESIA DCHA EVOLUTIVA.

DETERIORO COGNITIVO en regresión.

EPILEPSIA sintomática.

CONCLUSIONES-TRATAMIENTO:

Paciente con malf. vascular sangrante - curada por embolización. Llama la atención el tiempo transcurrido desde su diagnóstico a completar el tratamiento (un mes). Persiste fístula en el seno recto.

- Paciente con HEMIPARESIA aún en evolución (mejoría progresiva) que precisa insistir en su tratamiento rehabilitador diario. Disfasia que requiere apoyo por LOGOPEDA.

- Alteraciones cognitivas y de personalidad leves-moderadas que requieren apoyo y tratamiento psico-terapéutico.

- Tratamiento MÉDICO anticonvulsivantes y control periódico de su nivel en sangre".

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación y encomendada la instrucción del procedimiento al Servicio de Régimen Jurídico del SMS, por dicho órgano instructor se procede a:

a) Comunicar la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

b) Solicitar a los Directores Gerentes de los Hospitales Universitarios Virgen de la Arrixaca (HUVA) y Reina Sofía (HURS), la remisión de las historias clínicas del paciente e informes de los profesionales que le asistieron.

c) Comunicar a la reclamante la información indicada por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

d) Comunicar a la Compañía Aseguradora del SMS la presentación de la reclamación.

TERCERO.- Constan incorporados al expediente los siguientes informes:

1. De la Sección de Neurología del Servicio de Medicina Interna del HURS, del siguiente tenor:

"Paciente hospitalizado en planta de Neurología desde 18/10/2008 hasta 16/11/2008 (se detecta error en las fechas consignadas, pues realmente el paciente estuvo ingresado desde el 18 de octubre al 16 de noviembre de 2007), remitido desde Hospital Virgen Arrixaca con diagnóstico de:

Fístula dural dependiente de Arteria meníngea media izquierda embolizada.

Ingresa en este hospital en situación clínica estable desde el punto de vista neurológico, con el tratamiento neuroquirúrgico realizado, con importantes problemas psiquiátrico conductuales que ya presentó durante su ingreso en HUVA (agitación nocturna, ideas delirantes y alucinaciones visuales, cuadros confusionales) y que precisaron tratamiento sintomático con risperidona.

Presentó además en HUVA crisis comiciales secundarias a la patología neurológica vascular descrita por lo que ya en este hospital se pauta tratamiento con Fenitoina.

Durante su estancia en este hospital, el paciente no presenta ninguna complicación neurológica respecto a su cuadro clínico inicial, ni clínicamente ni en los controles de neuroimagen, objetivándose área residual a sangrado cerebral hemisférico izquierdo.

Respecto a las alteraciones psiquiátricas y conductuales se ajusta tratamiento y al alta se encuentra con mejoría clínica en este sentido, tras ser valorado y ajustado tratamiento por Psiquiatría.

También presenta buen control clínico de sus crisis tras tratamiento anticomitial con Valproato y Fenitoina.

Se mantiene tratamiento Rehabilitador durante toda su hospitalización y se concreta este tratamiento al alta por parte del Servicio de Rehabilitación.

En las revisiones en la consulta de neurología (Abril de 2008), se ajusta tratamiento anticomitial por existencia de crisis, consiguiendo adecuado control que se confirma en revisión de junio 08.

La exploración clínica de esta fecha no muestra cambios respecto al alta (ver informe de alta).

En esta última revisión se reduce dosis de valproato y se ajusta tratamiento hipnótico".

2. Del facultativo, Dr. x, neurocirujano del HUVA, en el siguiente sentido:

"Paciente que ingresa el día 31/08/07 en nuestro Servicio procedente del hospital "Reina Sofía" para valorar el tratamiento quirúrgico de un hematoma cerebral. Se practicaron todas las exploraciones neurorradiológicas necesarias para diagnosticar el origen de la hemorragia cerebral. También se realiza un tratamiento endovascular de la fístula que causó la hemorragia en octubre-07 (ver informe firmado por el Dr. x) el 16/10/07.

Se nos alega por parte de la familia que el período transcurrido entre el ingreso del paciente y el tratamiento definitivo de la fístula es el causante de su estado neurológico.

A nuestro juicio el daño neurológico que presentaba el paciente y su posterior evolución estuvo causado por la hemorragia inicial, no hay evidencia clínica o neurorradiológica alguna de resangrado antes ni durante ni después del tratamiento definitivo de la patología vascular.

El criterio de qué momento es adecuado para tratar una patología vascular como la del paciente está muy discutido en la Literatura Neuroquirúrgica habitual. Por lo tanto la decisión respecto al momento adecuado para el tratamiento la solemos tomar conjuntamente con el Servicio de Neurorradiología, dependiendo del estado clínico del paciente, es norma habitual esperar el tiempo suficiente para encontrar una discreta mejoría clínica (neurológica y sistémica). En este caso se consideró que el tiempo adecuado era el que se esperó (el paciente había mejorado previamente de su paresia derecha y de su déficit motor, según las anotaciones clínicas en la evolución del paciente).

De la historia clínica cabe destacar las siguientes anotaciones:

- El 13 de septiembre de 2007 se confirma la existencia de una fístula dural dependiente de arteria meníngea media izquierda (AMMI), con dos aneurismas de flujo dependientes de ella y drenaje venoso al seno sagital superior, mínimo aporte desde la arteria meníngea media derecha (AMMD).

- El 5 de octubre de 2007 se realiza arteriografía cerebral y embolización, consiguiéndose un cierre adecuado de la lesión a nivel de arteria meníngea media izquierda (AMMI), sin paso a los aneurismas ni a seno sagital superior (SSS), sin complicaciones (22 días después del diagnóstico).

- El día 11 de octubre de 2007, se realiza una segunda embolización, dando como resultado la oclusión de la fístula arteriovenosa, no demostrando los controles finales de todos los ejes arteriales vascularización alguna de la fístula arteriovenosa (folio 69).

- El día 18 de octubre de 2007 se le traslada a su hospital de referencia, HURS, donde permanece hasta el día 16 de noviembre de 2007 que es dado de alta. Según se indica en el informe de alta (folio 21), el paciente durante su estancia en dicho hospital recibió tratamiento rehabilitador.

- Este lo recibe durante ocho meses, manteniendo revisión en consultas externas del Servicio de Rehabilitación por hombro doloroso en tratamiento con toxina botulínica a fecha 21 de octubre de 2008. En este informe se hace constar lo siguiente: *"...casi 14 meses de evolución del ACV. Doce meses desde la embolización. El paciente presenta las siguientes secuelas: brazo libre excepto hombro derecho, con abducción pasiva 120º, RI libre y RE 30º, con espasticidad de rotadores internos. DOLOROSO. Balance motor. MSD proximal 1/5. Distal 3/5. MID psoas 3+/5. Cuadripiceps 1/5. Distal 1/5. Deambula asistido por un familiar, con órtesis antiequino. Tras rehabilitación: Barthel 45 (dependencia severa). El paciente sigue tratamiento con toxina botulínica del hombro derecho doloroso, con revisión pendiente"* (folio 149).

CUARTO.- La Compañía de Seguros aporta informe de los Dres. x, y, especialistas en Neurocirugía, en el que, tras resumir los hechos y efectuar las consideraciones médicas que en el informe se recogen, concluyen del siguiente modo:

"1. Todas las actuaciones médicas, diagnósticas y terapéuticas realizadas en este paciente han sido correctas.

2. El paciente sufrió una hemorragia cerebral espontánea, que ha sido la causante en exclusiva de sus secuelas neurológicas.

3. El momento de realización de embolización de la fístula no ha influido negativamente en las secuelas neurológicas del paciente.

4. Estas secuelas no son recuperables independientemente de la intensidad del tratamiento rehabilitador que se aplique.

5. Por todo lo anterior no consideramos justificada la reclamación".

QUINTO.- Solicitado informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales, es emitido con fecha 30 de junio de 2010. En él la Inspectora informante, tras realizar diversas consideraciones acerca de las lesiones vasculares cerebrales y el momento en el que han de enviarse a rehabilitación a los pacientes con estas dolencias, concluye afirmando lo siguiente:

"1. El daño neurológico que presentaba el paciente y su posterior evolución estuvo causado por la hemorragia espontánea extensa en hemisferio izquierdo. No hay evidencia clínica o neuroradiológica alguna de resangrado antes, ni durante, ni después del tratamiento definitivo de la patología vascular.

2. El tratamiento de embolización se realizó dentro de los márgenes de tiempo razonables y prudentes en este tipo de intervenciones vasculares complejas, que requieren la resolución parcial de la hemorragia y la evolución clínica favorable del paciente para su realización, evitando así, complicaciones derivadas de la técnica, como es el resangrado.

3. El cambio en la programación de la segunda embolización, en un día, es más que razonable teniendo en cuenta la tarea asistencial de urgencias en estas técnicas vasculares especializadas.

4. La actuación de los profesionales implicados en este caso, fue la correcta en base a los protocolos y conocimientos científicos así como los medios técnicos, quirúrgicos, farmacológicos y fisioterapéuticos actuales, realizando un seguimiento y tratamiento adecuado a las secuelas neurológicas presentadas.

5. El tratamiento rehabilitador aplicado sobrepasó el periodo de estado (6 meses tras la hemorragia), a partir del cual la recuperación sólo será relativa, y ya no irá encaminado a la recuperación del déficit perdido, sino a la adaptación a la situación funcional que resta y del entorno del paciente. Las secuelas en este punto no son recuperables independientemente de la intensidad del tratamiento rehabilitador que se aplique.

6. En conclusión, el daño neurológico sufrido por el paciente está relacionado

directamente con el tamaño y localización de la hemorragia espontánea que sufrió, independientemente del momento en que se realizó la embolización y de la duración o intensidad de la rehabilitación que se quiera realizar".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a la reclamante y a la Compañía de Seguros, la primera comparece formulando alegaciones en las que se ratifica en su escrito inicial, remitiéndose al informe pericial del Dr. x, en el que, a juicio de este facultativo, se afirma que en la situación actual de su esposo han influido negativamente el tiempo excesivo transcurrido desde el diagnóstico hasta la práctica total de la embolización, así como el escaso tratamiento rehabilitador recibido.

Seguidamente fue formulada propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial, al no haber resultado acreditado que las lesiones que padece el paciente sean consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 10 de diciembre de 2010.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

El Dictamen ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, según preceptúa el artículo 12.2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de

SEGUNDA.- Procedimiento, legitimación y plazo.

Si bien es cierto que el artículo 12.2 (RRP) señala que el dictamen del órgano consultivo competente se ha de pronunciar sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, también lo es que para un correcto pronunciamiento sobre dichos extremos el Consejo Jurídico ha de valorar el resto de presupuestos que inciden sobre dicha institución, incluido el examen del procedimiento seguido en orden a determinar su corrección y las consecuencias que sobre aquél pudieran tener los defectos formales en los que se hubiera podido incurrir.

La reclamación fue interpuesta por x, en nombre y representación de su marido x, representación que no aparece acreditada por ninguno de los medios a los que hace referencia el artículo 32.3 LPAC, por lo que ha de entenderse que la x carecería de titularidad suficiente para considerarla legitimada en el expediente de reclamación por responsabilidad patrimonial que se dictamina.

A pesar de ello la Consejería de Sanidad, a través de diversas y sucesivas actuaciones anteriores a la propuesta de resolución (y en esta misma), reconoce la representación de x por su esposa, por lo que cabe aplicar al caso la doctrina jurisprudencial, según la cual una vez reconocida la representación en una fase del procedimiento no puede negarse en otra ulterior, pudiéndose citar en este sentido, y entre otras, las sentencias del Tribunal Supremo de 11 de febrero de 1983 y 1 de febrero de 1989; lo que exige, antes de dictar resolución, requerir, según lo dispuesto en el artículo 32.4 LPAC, a x para que subsane la falta de acreditación de la representación que dice ostentar, pudiendo utilizar para ello cualquiera de los medios previstos en el apartado 3 del citado precepto.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en cuanto titular del servicio sanitario a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño.

La reclamación se ha presentado en el plazo de prescripción de un año legalmente establecido en el artículo 142.5 LPAC.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concorra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la

Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste pueda ser dado de alta, advirtiéndolo al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Para la reclamante la causa del daño se encuentra en una deficiente atención sanitaria que concreta en dos hechos: retraso en el tratamiento de embolización e insuficiente período rehabilitador, lo que ha ocasionado que tengan que acudir a un servicio de rehabilitación privado.

En primer lugar, no ha quedado acreditado en el expediente que el tratamiento de embolización se instaurase con retraso, ni que éste, en el hipotético supuesto de darse, fuese la causa de las secuelas que se alegan. En efecto, el diagnóstico se produjo el 13 de septiembre de 2007, realizándose la primera embolización el 5 de octubre de 2007 y la segunda 11 de octubre de 2007. Según los peritos de la aseguradora del SMS el tratamiento de embolización de una fístula como la que presentaba el marido de la reclamante, se suele realizar una vez estabilizado el paciente neurológicamente, fijando la fecha para ello atendiendo a la situación clínica y neurológica de aquél, decisión que se adopta de forma conjunta entre los servicios de neurocirugía y neuro-radiología. En este sentido el facultativo que atendió al x indica en su informe que *"es norma habitual esperar el tiempo suficiente para encontrar una discreta mejoría clínica (neurológica y sistémica). En este caso se consideró que el tiempo adecuado era el que se esperó (el paciente había mejorado previamente de su paresia derecha y de su déficit motor, según las anotaciones clínicas en la evolución del*

paciente)".

Estas conclusiones médicas no son desvirtuadas por el informe del perito de la reclamante, que se limita a afirmar que *"llama la atención el tiempo transcurrido desde su diagnóstico a completar el tratamiento"*, pero sin indicar la trascendencia negativa que sobre el proceso hubiera podido ocasionar dicho lapso de tiempo. Cuestión que, sin embargo, sí que aborda la Inspección Médica, afirmando que el plazo de veintidós días transcurridos desde el diagnóstico hasta la embolización, se encuentra dentro del intervalo de tiempo habitual en procedimientos endovasculares complejos, pues en estos tipos de patologías resulta necesario un tiempo de observación en la evolución clínica del paciente antes de llevar a cabo la embolización, cuya ejecución, en este caso, resultó un éxito ya que *"se consiguió la exclusión total de la fístula arteriovenosa de la circulación intracraneal"*. La misma conclusión alcanzan los facultativos de la aseguradora al afirmar *"que el tiempo de demora de un mes en el cierre de la fístula no ha influido en ningún modo en las secuelas neurológicas del paciente, las cuales son debidas a la hemorragia inicial y, por otro lado, se trata de un intervalo temporal habitual en procedimientos endovasculares complejos"*.

El daño neurológico que presenta el paciente no se deriva de un retraso en la embolización, sino que es, tal como afirma el Dr. x al folio 277, consecuencia de la hemorragia inicial, ya que *"no hay evidencia clínica o neurorradiológica alguna de resangrado antes ni durante ni después del tratamiento definitivo de la patología vascular"*. Lo que permite afirmar que, aun admitiendo a efectos puramente dialécticos que el retraso alegado se hubiese producido, dicha circunstancia no habría influido en las secuelas que sufre el paciente.

La segunda actuación contraria a la *lex artis* habría consistido, según la reclamante, en un tardío e insuficiente tratamientos rehabilitador. Pues bien, como consta acreditado en la historia clínica del x éste ya recibe tratamiento rehabilitador durante su ingreso tanto en el HURS como en el HUVA. Posteriormente el tratamiento se mantiene hasta mayo de 2008, es decir, durante ocho meses, a los que cabe adicionar el tiempo en el que también fue sometido a tratamiento rehabilitador con toxinas botulínicas por hombro doloroso, que se extendió hasta el 21 de octubre de 2008, fecha en la que se emite informe por el Dr. x, del Servicio de Rehabilitación del HURS, en el que se indica que continúa con revisiones. Según el perito de parte el paciente *"precisa insistir en su tratamiento diario rehabilitador"*, sin embargo el resto de informes médicos que obran en el expediente coinciden en afirmar que el daño neurológico que presenta el x *"no es recuperable independientemente del tiempo e intensidad del tratamiento rehabilitador que se realice"* (informe de la aseguradora, folio 287). Esta circunstancia queda acreditada en la historia clínica, concretamente en el informe de consulta externa de neurología del HURS obrante al folio 150, en el que se indica que la exploración clínica a la fecha de 28 de octubre de 2008 no muestra cambios respecto al alta, es decir, que a pesar de que el tratamiento se prolongara más allá del período de estado (6 meses tras la hemorragia cerebral), el paciente no había experimentado mejoría en su situación, lo que evidencia que, tal como afirma la Inspección Médica, la rehabilitación a partir del sexto mes apenas objetiva una mejoría palpable, *"por lo que es éste el momento en que se suele dar por estabilizado el*

cuadro" (folio 300), aunque, como decíamos antes, el tratamiento se prolongara aún dos meses más. Sobre esta consideración se apoya la Inspección Médica para estimar que "el daño neurológico sufrido por el paciente está relacionado directamente con el tamaño y localización de la hemorragia, independientemente de la duración o intensidad del tratamiento rehabilitador que se quiera realizar".

Es por ello que, a la vista de la historia clínica y de los informes incorporados al expediente, ha de concluirse que la actuación médica fue la adecuada a la situación clínica del paciente y al nivel asistencial en el que se desarrollaba, no resultando acreditado lo contrario, ni desvirtuados los hechos por las alegaciones de la interesada, a pesar del informe médico aportado, ya que este último no prueba en absoluto la existencia de mala praxis médica.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no apreciarse la existencia de relación de causalidad entre el daño y el funcionamiento del servicio público.

No obstante, V.E. resolverá.