



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **68/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 20 de marzo de 2013, 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 de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 17 de julio de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **241/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 10 de diciembre de 2007, x presentó un escrito, sin firmar, dirigido al Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que refería que el 23 de enero de ese año había presentado una reclamación de responsabilidad patrimonial, de la que adjuntaba copia de su primera hoja, señalando que no tenía noticias de su tramitación.

En dicha primera hoja, que aparece registrada en la Administración regional el 23 de enero de 2007, expresaba que el 7 de diciembre de 2004, en un accidente común, sufrió una fractura del pilón tibial y fractura suprasindesmal de peroné, siendo intervenido en el hospital "*Morales Meseguer*", con evolución posterior a algodistrofia simpático refleja (según se indicaba en el informe de 22 de junio de 2008, del Servicio de Rehabilitación del hospital "*Reina Sofía*", que adjuntaba), por lo que el 22 de febrero de 2005 el Servicio de Traumatología del primero de los citados hospitales le remitió con carácter preferente a rehabilitación, mediante informe de esa fecha que asimismo adjuntaba; se añadía en tal hoja de reclamación que, pese a dicho carácter preferente y a que la citada petición de rehabilitación la presentó al día siguiente en su Centro de Salud, la misma se registró de entrada, en el Servicio de Rehabilitación del hospital "*Virgen de La Arrixaca*", el 16 de marzo de 2005, según consta en el referido informe, y que la primera consulta en este último Servicio se realizó el 12 de abril de ese año, según consta en el carnet de consultas a dicho Servicio, que aportaba, es decir, casi dos meses después de ser remitido a rehabilitación; tratamiento que, además, sólo comenzó el 16 de mayo de 2005, es decir, tres meses después de la mencionada petición.

SEGUNDO.- Mediante oficio de 9 de enero de 2008, la Jefa del Servicio Jurídico del SMS requirió al interesado para que firmara el escrito presentado el 10 de diciembre de 2007, lo que cumplimentó el 22 de enero de 2008, según diligencia extendida al efecto.

TERCERO.- El 25 de enero de 2008, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la

reclamación, refiriéndose a la presentada el 23 de enero de 2007, según se comunicó a las partes interesadas.

Asimismo, se solicitó a los hospitales antes mencionados y a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia copia de la historia clínica del paciente e informes de los facultativos que lo atendieron.

CUARTO.- De la documentación remitida por los mencionados centros se destacan los siguientes informes, que, a la vista de los hechos a que se refieren, se reseñan como sigue:

1. Informe de 23 de abril de 2008, del adjunto al Servicio de Traumatología del hospital "Morales Meseguer", Dr. x, que expresa lo siguiente:

"Paciente que sufrió accidente el 7 de abril de 2004, con traumatismo en tobillo izquierdo, presentando fractura de pilón tibial y fractura suprasindesmal de peroné homo lateral. Intervenido de urgencia el 8 de abril de 2004, realizándose osteosíntesis del peroné y fijación externa transarticular transcalcánea. Tras confirmar la viabilidad de las partes blandas, se volvió a intervenir el 23 de diciembre de 2004, para extraer el dispositivo de fijación externa y realizar la osteosíntesis a cielo abierto, con placa y aporte de injerto de la fractura de pilón tibial. Presentó pequeño defecto cutáneo en herida quirúrgica, que precisó curas locales hasta su granulación definitiva. Tras cinco semanas inmovilizado, se retira férula, comienza movilización activa y se remite a RHB. Comienza la rehabilitación en mayo de 2005, objetivándose en la consulta del 24 de mayo de 2005 trastornos tróficos, osteoporosis regional y garra de dedos, que pudieran ser secundarios a algodistrofia de Südeck y/o afectación compartimental subclínica. Se inicia tratamiento con Calcitonina y Difosfonatos. El estudio EMG confirma axonotmesis parcial severa de nervio CPE, rama profunda en tercio distal de la pierna. En sucesivas revisiones se aprecia recuperación clínica del nervio CPE, aunque persiste la garra de dedos que le dificulta la marcha. Se propone cirugía MIS del antepié, aunque no acepta cirugía de secuelas. En la última revisión BA: extensión tobillo 15°, flexión 30°, pronosupinación bloqueada, garra rígida de todos los dedos, dolor mecánico y cojera, y radiológicamente fractura consolidada con conservación de la interlínea articular. Es dado de alta con dichas secuelas, que son consideradas dentro de las expectativas y pronóstico funcional derivados de una fractura de estas características".

2. Por lo que se refiere a la remisión del paciente por parte del hospital "Morales Meseguer" al Servicio de Rehabilitación del hospital "Virgen de La Arrixaca", el informe de 7 de abril de 2008, del Coordinador Administrativo de Admisión del Policlínico de este último centro, expresa que *"la propuesta de consultas externas del paciente, x, fue registrada en el Servicio de Admisión de Consultas con fecha 16 de marzo de 2005, y fue citado para consulta de Rehabilitación el 12 de abril de 2005"*.

3. Informe de 29 de febrero de 2008 del adjunto al Servicio de Traumatología del hospital "Reina Sofía" Dr. x, que expresa lo siguiente:

"El día 31 de agosto de 2007 acude a consulta por primera vez para revisión de fractura de peroné, intervenida quirúrgicamente en 2004. Se le pide TAC de tobillo, que se le realiza el día 27 de septiembre de 2007.

El día 2 de octubre de 2007 acude con el resultado del TAC y se le envía para valoración a la Unidad del Dolor,

refiere dolores de espalda por lo que se le pide Resonancia Magnética, cuya informe se encuentra en la Historia. Además, se observa osteopenia en zonas de fractura y se prescribe medicación".

QUINTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 31 de enero de 2012, y del mismo se destaca lo siguiente:

"2.- Con fecha 22 de febrero de 2005 se emite petición de interconsulta con Servicio de Rehabilitación desde Servicio de Traumatología de forma preferente con la siguiente información clínica: paciente operado de fractura conminuta de pilón tibial izquierdo. Precisa tratamiento de rehabilitación. Esta petición es llevada en mano al Centro de Salud Vistabella-Murcia por el propio paciente para su tramitación.

El Servicio de Rehabilitación del HUVA informa que recibe la petición con fecha 16 de marzo de 2005 y da cita para primera consulta el 12 de abril de 2005, es decir, veintiséis días después de recibir y registrar la solicitud de interconsulta.

3.- El Servicio de Rehabilitación del HUVA el día 12 de abril de 2005, atiende al paciente y tras exploración prescribe tratamiento fisioterápico a base de baños de agua caliente todos los días, movilizaciones pasivas de tobillo, interóseos y lumbricales, iniciar carga parcial progresiva y revisión a los dos meses. No consta en la documentación clínica ningún otro diagnóstico ni prioridad para el comienzo del tratamiento fisioterápico, si bien parte del tratamiento fisioterápico puede tener comienzo inmediato en domicilio. El tratamiento fisioterápico en dependencias del Servicio de Rehabilitación comienza el día 16 de mayo de 2005, es decir, treinta y cuatro días después de la primera consulta con facultativo especialista en rehabilitación. En esas fechas no había legislado la Comunidad Autónoma sobre plazos máximos de acceso a prestaciones sanitarias, en este caso el acceso a una primera consulta externa con Servicio de Rehabilitación, por lo que, al no estar garantizados por la Comunidad Autónoma plazo máximo de acceso, las citas se facilitaban en función de la demora de las especialidades. En este caso los tiempos de espera están dentro de lo razonable y, en comparación con las garantías que se establecieron por parte de la Comunidad Autónoma a partir del año 2006, de cincuenta días naturales para una primera consulta, estarían dentro de plazo.

4.- Con fecha 24 de mayo de 2005 acude a consulta de traumatología del HUMM en la que se detectan trastornos tróficos más garra en dedos. Déficit extensión 1º y resto. Y osteopenia en Rx de control. Lleva 2 semanas en Rh. Se solicita EMG y se prescribe tratamiento con calcitonina, calcio y daflon 500, es decir, aparece como complicación un síndrome de distrofia simpático refleja que es diagnosticado, pidiéndose prueba EMG y prescribiendo tratamiento médico. Todo ello de forma correcta y adecuada.

5.- Con fecha 14 de junio de 2005 acude a consulta de Rehabilitación del HUVA diagnosticado de Algodistrofia simpático refleja en tratamiento tres semanas con calcitonina. A la exploración presenta bloqueo total de tobillo. Se prescribe UT más Neurocortin más magnetoterapia y revisión en un mes. Todo ello de forma correcta y adecuada".

SEXTO.- Obra en el expediente un dictamen pericial, de 4 de mayo de 2012, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por especialistas en traumatología y ortopedia, que, en síntesis, concluyó que el paciente presentó una fractura grave, en criterio anatomopatológico, de pilón tibial y tercio distal de peroné; que una fractura de estas características siempre tendría una secuela funcional del tobillo, ocasionada por la propia

lesión, no por las actuaciones médicas que se le practicaron, que fueron todas conformes a la "*lex artis*"; que el paciente presentó como complicación un "*Síndrome Simpático Reflejo Complejo*", que fue tratado, con tórpida evolución, y una "*Axonotmesis Parcial Severa del Nervio Ciático Poplíteo*" (probablemente consecuencia del traumatismo que causó la fractura) que evolucionó satisfactoriamente con tratamiento conservador; que no se valora lo informado por la Inspección Médica sobre los tiempos de espera para la rehabilitación, si bien expresan, con referencia a la primera consulta del paciente en el Servicio de Rehabilitación del hospital "*Virgen de la Arrixaca*" el 12 de abril de 2005 (folio 157, vuelto, exp.) que no hay datos en el expediente aportado que justifiquen una prioridad para el comienzo del tratamiento fisioterápico, además de que parte del mismo puede comenzar de inmediato en el domicilio, con las indicaciones dadas en dicha consulta al paciente (que se reflejan en el parte reflejado en el folio 158 exp.), así como que el tratamiento en las dependencias de dicho Servicio comenzaron el 16 de mayo de 2005, es decir, 34 días después de la referida consulta.

SÉPTIMO.- Mediante oficio de 15 de mayo de 2012 se otorga a los interesados un trámite de audiencia y vista del expediente, tomando vista el reclamante el 12 de junio siguiente, presentando escrito de alegaciones el 21 de dicho mes, en el que, en síntesis, reiteró que se produjo un retraso por parte del Centro de Salud de Vistabella en remitir la propuesta de rehabilitación del hospital "*Morales Meseguer*" al Servicio correspondiente del hospital "*Virgen de la Arrixaca*", y luego un retraso en el comienzo del tratamiento; añade que en la consulta de 12 de abril de 2005 no se le indicó que podía iniciar el tratamiento de rehabilitación en su domicilio, viniendo a concluir que dicho retraso en la rehabilitación propició que las secuelas de la lesión padecida progresasen, pues señala que el comienzo temprano en la rehabilitación "*puede impedir que la enfermedad progrese*", según el informe de la Inspección Médica (por referencia al síndrome de distrofia simpática refleja, algodistrofia o atrofia de Sudeck).

OCTAVO.- El 5 de julio de 2012 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, y a la vista de los informes médicos emitidos, por considerar que toda la actuación sanitaria dispensada al paciente fue conforme con la "*lex artis ad hoc*".

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto reglamentarios, aunque no el índice de documentos.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad 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, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante está legitimado para solicitar (tácitamente, vistos sus escritos obrantes en el expediente remitido) indemnización por los daños físicos alegados, en los términos expresados en su escrito de alegaciones.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), debe decirse que, alegando el reclamante en su escrito final que el retraso en el comienzo del tratamiento rehabilitador, que imputa a los servicios sanitarios, propició que progresasen las secuelas de la lesión padecida (por referencia al síndrome de distrofia simpática refleja, algodistrofia o atrofia de Sudeck al que se refiere la Inspección Médica en su informe) y partiendo, como señala la propuesta de resolución, que debe tomarse el alta médica dada el 13 de diciembre de 2006 (folios 58, 69 y 139 exp.) como el momento en que deben considerarse estabilizadas las secuelas a que se refiere el informe reseñado en el Antecedente Cuarto, 1, debe concluirse que la reclamación presentada el 10 de diciembre de 2007 se encuentra dentro del plazo de un año al que se refiere el artículo 142.5 LPAC.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

No obstante lo anterior, debe decirse que, una vez que el SMS advirtió que con el escrito presentado el 10 de diciembre de 2007 se acompañaba sólo la primera hoja de un previo escrito que se calificaba por el compareciente como de reclamación de responsabilidad, relativa a los hechos de referencia, y no constando que la instrucción procediera a incorporar al expediente tal escrito (probablemente por no aparecer en sus archivos), aquélla debió haber requerido al interesado la presentación de tal documento completo (al margen de requerirle para que firmara su segundo escrito), especialmente debido a que ni en la citada primera hoja que presentó ni en su segundo escrito se expresaban los daños que imputaba al SMS, ni tampoco se recogía en tales documentos la formulación misma de la pretensión indemnizatoria, lo que es requisito esencial para que pueda hablarse de una auténtica reclamación de responsabilidad patrimonial. No obstante, de los documentos presentados por el interesado se desprende tácitamente su voluntad de resarcimiento por los daños sufridos, consistentes, se deduce del último escrito de alegaciones reseñado en el Antecedente Séptimo, en el progreso de la patología allí mencionada.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *"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 (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "*ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta*

extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".*

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".*

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

I. Como se indicó en su momento, el reclamante alega un retraso en el comienzo del tratamiento rehabilitador, que imputa a los servicios sanitarios regionales en los términos expresados en el Antecedente Primero, que considera que produjo unos (inespecíficos) daños físicos, consistentes en el mayor progreso de la algodistrofia de tobillo que sufrió como secuela o consecuencia de las fracturas óseas por las que fue intervenido en su día en el hospital "Morales Meseguer". Vendría, así, a alegar, aun de forma implícita, que tal retraso produjo una pérdida de la oportunidad terapéutica de reducir los efectos y la gravedad de tal secuela, derivada, según expresan los facultativos informantes, de una lesión como la sufrida en su día por el reclamante. Para apoyar su alegación, el reclamante se limita a indicar que el informe de la Inspección Médica expresa (de forma genérica) que el tratamiento de la algodistrofia (entre los que se cita la fisioterapia, junto al medicamentoso y el quirúrgico) ha de comenzar lo antes posible porque ello *"puede impedir que la enfermedad progrese"*.

II. Sin embargo, su alegación no está respaldada por un informe médico que razone fundadamente que, en su concreto caso, el lapso de tiempo transcurrido entre el 22 de febrero de 2005, fecha en que se le remitió al correspondiente Servicio de Rehabilitación (con carácter preferente, pero no urgente, pues en tal fecha aún no se habían advertido síntomas sugestivos de algodistrofia, según se desprende del relato de la asistencia sanitaria que se recoge en los informes emitidos, planteándose tal patología a partir de la consulta de 24 de mayo de 2005 en el Servicio de Traumatología del hospital "Morales Meseguer"), y el 12 de abril siguiente, fecha de la primera consulta en el Servicio de Rehabilitación del hospital "Virgen de la Arrixaca", sin recibir tratamiento rehabilitador, tuviera un efecto tan clínicamente relevante como para provocar un empeoramiento apreciable de su situación física.

Los informes emitidos señalan que no se acredita que hubiera urgencia en comenzar la rehabilitación (sin perjuicio de indicarse su carácter preferente, lo que es otra cosa), debiendo considerarse la fecha del 12 de abril de 2005 como la de comienzo efectivo de la rehabilitación porque en dicha primera consulta en el Servicio de Rehabilitación citado ya se le prescribe al paciente un tratamiento fisioterápico domiciliario (como se desprende del parte de consulta obrante a los folios 39 y 158 exp., transcrito en el informe de la Inspección Médica, folios 137 y 138, consistente en baños de agua caliente diarios y movilizaciones pasivas de tobillo), sin perjuicio de que el 16 de mayo siguiente comenzase el tratamiento fisioterápico activo en dicho Servicio; la anterior actitud terapéutica ha sido calificada como acorde a la *"lex artis ad hoc"* por los informes emitidos, y no puede ser desvirtuada por la simple remisión que hace el reclamante al informe de la Inspección Médica en el punto en que éste indica la conveniencia de comenzar cuanto antes los tratamientos de rehabilitación.

De este modo, el análisis del lapso de tiempo antes indicado, en cuanto tiempo de espera en la atención terapéutica rehabilitadora del paciente, no permite estimar que existiera un retraso asistencial determinante de una, por otra parte, no acreditada relevante pérdida de oportunidad terapéutica. Como se ha dicho, no se ha acreditado que, a la vista de la situación clínica del paciente en febrero de 2005, el comienzo de su tratamiento rehabilitador, primero domiciliario, a partir de abril de ese año, y luego en las dependencias del referido Servicio de Rehabilitación, a partir de mayo siguiente, deba ser considerado contrario a la *"lex artis ad hoc"*, vistos los informes emitidos.

Por otra parte, no sólo no existía en la fecha de los hechos norma jurídica alguna que estableciese tiempos máximos para la realización de determinadas actuaciones sanitarias públicas, tal y como señala el informe de la Inspección Médica, sino que el posterior Decreto regional nº 25/2006, de 31 de marzo, sobre la materia, prevé, como plazo máximo para una primera consulta (aquí sería, en hipótesis, en el Servicio de Rehabilitación del hospital "Virgen de la Arrixaca", que habría de valorar al paciente a partir de la remisión efectuada por el Servicio de Traumatología del hospital "Morales Meseguer"), el de 50 días naturales, que hubiera sido respetado; y, a partir de la asistencia del paciente a tal consulta, es útil reseñar que tal Decreto no contempla en su artículo 5.1, c), por remisión al Anexo IV del RD 605/2003, de 23 de mayo, a los tratamientos rehabilitadores como pruebas

terapéuticas sujetas a un determinado plazo (dicho Anexo contempla pruebas terapéuticas de mayor calado, y el citado Decreto prevé como tiempo máximo para su realización el de 30 días naturales, también respetado, en hipótesis). De todo lo expuesto se extrae, en fin, conforme con los antedichos informes, que el tiempo transcurrido para la atención rehabilitadora del reclamante no puede considerarse excesivo según los estándares en la materia, ni acreditado, en todo caso, que ello produjera una efectiva pérdida de oportunidad terapéutica causante de perjuicios físicos que deban ser indemnizados.

III. Por todo lo anterior, no puede considerarse acreditado que, en el caso que nos ocupa, concurriese un anormal funcionamiento de los servicios sanitarios públicos que causare daños indemnizables al reclamante, por lo que procede desestimar la reclamación de referencia.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No se ha acreditado la existencia de una relación de causalidad, jurídicamente adecuada a los efectos de la pretendida responsabilidad patrimonial, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se solicita indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto es desestimatoria de la reclamación de referencia, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.