

Dictamen nº: **504/16**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **10.11.16**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 10 de noviembre de 2016, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f).a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por dos abogadas, en nombre y representación de Doña X.S.I., sobre reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas que atribuyen a una intervención quirúrgica por una patología cervical realizada en el Hospital Universitario Clínico San Carlos y a la demora en la implantación del tratamiento rehabilitador de las dolencias de la paciente en el mencionado centro hospitalario.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial remitido trae causa del escrito firmado por dos abogadas, en nombre y representación de X.S.I, registrado de entrada en el Ministerio de Economía y Competitividad el 17 de septiembre de 2015 y en el Servicio Madrileño de Salud el 22 de septiembre de 2015 (folio 1 a 52 del expediente), en el que detallan que la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Clínico San Carlos el 11 de octubre de 2014, quedando ingresada en dicho centro hospitalario con el

diagnóstico de mielopatía comprensiva por hernia discal C5-C6. Detallan que se prescribió una intervención quirúrgica consistente en microdiscectomía cervical, que se llevó a cabo el 21 de octubre de 2014. Según se relata, el 23 de octubre de 2014 la interesada recibió el alta, pautándose revisión en sala de curas y en el servicio de consultas externas de Neurocirugía.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, el escrito expone que los síntomas que la paciente presentaba antes de la intervención fueron a peor tras la misma y sostiene que hubo *mala praxis* en la cirugía pues “*al poner una de las cajas el anillo se apretó un poco más de la cuenta presionando la médula*”.

La reclamación también reprocha que a pesar de que la intervención quirúrgica practicada requiere, según los protocolos, un tratamiento rehabilitador tanto de la espalda como de la pierna, en el caso de la paciente se estableció tratamiento para la pierna en el mes de diciembre de 2014, pero en cuanto a la espalda se demoró hasta siete meses después de la cirugía.

En el escrito de reclamación se indica que la paciente presenta limitación en el movimiento del cuello y espalda, dolor y palpitaciones en la espalda, limitación y pérdida de sensibilidad en el miembro superior derecho e inferior derecho, dolor en la sedestación y en la bipedestación, con la consiguiente imposibilidad de desempeñar su trabajo como limpiadora.

Por todo lo expuesto se reclama una indemnización de 81.880,18 euros en atención a los días de baja hospitalaria y baja impeditiva y las secuelas que dice padecer, aplicando además un 10% de factor de corrección.

El escrito de reclamación se acompaña con una copia del pasaporte de la paciente así como con diversa documentación médica relativa a su proceso asistencial.

**SEGUNDO.-** Del examen de la historia clínica y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

La interesada, de 34 años de edad en el momento de los hechos, acude el 11 de octubre de 2014 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Clínico San Carlos por dolor cervical desde hace un mes. Se anota que había consultado el 30 de septiembre de 2014 con su médico de Atención Primaria que pautó diazepam y naproxeno, con lo que el dolor había cedido parcialmente. La paciente refería sensación de mareo, además de distesias en pies, con sensación de acorchamiento y calambres y pérdida de fuerza en la mano derecha y en las extremidades inferiores.

Se realiza RM cervicotorácica medular que objetiva una hernia discal C5-C6 con compresión medular. Se inicia tratamiento con glucocorticoides con escasa mejoría del cuadro, por lo que se comenta el caso con el Servicio de Neurocirugía, que decide intervención quirúrgica programada, pasando la paciente a cargo de dicho servicio. Se entrega consentimiento informado para microdiscectomía cervical, se solicita preoperatorio y valoración preanestésica.

Previa firma del consentimiento informado tanto para la cirugía como para la anestesia, la paciente es intervenida el 21 de octubre de 2014, realizándose, bajo anestesia general, discectomías C4-C5 y C5-C6, con colocación de cajas cervicales en dichos espacios. La intervención cursa sin incidencias y el postoperatorio es satisfactorio por lo que la reclamante recibió el alta el 23 de octubre de 2014.

La paciente es remitida por el Servicio de Neurocirugía al Servicio de Rehabilitación, donde es vista el 6 de noviembre de 2014, por pérdida de fuerza en ambos miembros inferiores, sobre todo derecho con inestabilidad de la marcha. La paciente refiere mejoría de la fuerza en miembro superior derecho tras la cirugía con leves parestesias en el pulpejo del 3°,4° y 5° dedos de la mano derecha. Tras la exploración se aprecia afectación neurológica postcompresión C5-C6 y mielopatía cervical C5-C6 y clínica de afectación de cordones posteriores. Se pautan sesiones de Cinesiterapia Neurológica (15 sesiones).

El 22 de diciembre de 2014 la paciente es valorada en el Servicio de Rehabilitación tras haber realizado las 15 sesiones de Cinesiterapia. La paciente refiere persistencia del dolor cervical irradiado a miembro superior derecho. Se pauta una tabla de ejercicios y consejos para realizar en el domicilio. También se prescribe Hidrocinesiterapia cervicodorsal (10 sesiones).

El 25 de febrero de 2015 se realiza RMN que muestra cambios postquirúrgicos: Estenosis C5-C6, ensanchamiento del cordón medular y pequeña hernia discal D8-D9 y D11-D12.

La paciente inicia en el mes de mayo de 2015 las sesiones de Hidrocinesiterapia pautadas.

En la revisión del Servicio de Rehabilitación del mes de junio de 2015 la paciente refiere mala tolerancia y mala respuesta al tratamiento rehabilitador. En la exploración física presenta apofisalgias cervicales y empastamiento de trapecios con sensibilidad y balance muscular global conservado. Se pauta la realización de RMN de control que se lleva a cabo en el mes de julio, observándose cambios postquirúrgicos con rectificación de la lordosis y estenosis de canal.

En la revisión en el Servicio de Rehabilitación del mes de agosto de 2015 la paciente refiere persistencia de dificultad en la destreza manual

y la motricidad fina distal. Se pauta tratamiento de terapia ocupacional (10 sesiones) pero la paciente solo acude un día a realizar el tratamiento. Además se prescribe TENS (Electroestimulación transcutánea de nervios) (10 sesiones) pero la reclamante no completa el tratamiento. El 24 de agosto de 2015 la interesada recibe el alta en el Servicio de Rehabilitación “*por incomparecencia*”.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado mediante Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

Consta en los folios 58 a 60 del expediente que requeridas las firmantes del escrito de reclamación para que acreditaran la representación que decían ostentar de la paciente, aportaron un documento privado por el que la interesada confería su representación a las dos abogadas que presentaron el escrito de reclamación.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario Clínico San Carlos y del Centro de Salud Caramuel (folios 61 a 131 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha emitido el informe de 12 de enero de 2016 del jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Clínico San Carlos, en el que de manera escueta manifiesta que el cuadro clínico que presenta la paciente no se puede atribuir a la cirugía sino que es secundario a su lesión inicial que producía una compresión medular, que ese cuadro

clínico existía previamente a la intervención con mayor intensidad y que el tratamiento postquirúrgico es el adecuado.

También figuran en el expediente los informes emitidos por los médicos rehabilitadores implicados en la asistencia de la interesada en los que se limitan a realizar un relato cronológico de la asistencia dispensada por el Servicio de Rehabilitación del centro hospitalario.

Obra en los folios 134 a 139 el informe de la Inspección Sanitaria de 12 de mayo de 2016, en el que tras analizar la historia clínica de la paciente y los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las consideraciones médicas oportunas sobre la patología de la interesada, concluye que la paciente fue intervenida de urgencia de forma adecuada y que como resultado de la compresión previa de la médula fueron las lesiones neurológicas que padeció después, sin que ello fuera signo de *mala praxis* y que se dan en un 10 % de los pacientes intervenidos. Añade que se dio en tiempo y forma la rehabilitación neurológica tras la intervención y que el retraso en la Hidrocinesiterapia que es complementario y que se puede hacer en cualquier piscina pública no influyó en la evolución de los hechos. Al informe de la Inspección Sanitaria se adjunta un informe de 13 de noviembre de 2015 de la supervisora de Fisioterapia del Hospital Universitario Clínico San Carlos en el que se detalla que las sesiones de Hidrocinesiterapia pautadas no eran preferentes ni urgentes y que se retrasaron por dificultades técnicas en el funcionamiento de la piscina, comenzando el 13 de mayo. Añade que después se pautó a la interesada terapia ocupacional (15 sesiones) y que solo acudió a una de ellas, faltando a las restantes sin motivo aparente.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 de la LRJ-PAC y el artículo 11 del RPRP se confirió trámite de audiencia a la interesada. En uso del trámite conferido al efecto una de las firmantes del escrito de reclamación presentó alegaciones en las que incide en los términos de

su reclamación inicial, indicando además que la interesada tuvo que dejar la terapia ocupacional prescrita porque no le estaba permitido acudir con su hijo y no tenía ninguna persona para dejarle a su cargo. En cuanto a la terapia analgésica subraya que no es cierto que la abandonara voluntariamente sino que la recibió en otro centro.

Finalmente, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria -por delegación en la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud - se dicta propuesta de resolución en fecha 26 de septiembre de 2016, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que la actuación sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El día 6 de octubre de 2016 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen preceptivo en relación con el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 549/16, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal y como dispone el artículo 23.1 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 del enero, del Consejo de Gobierno (en adelante, ROFCJA).

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por el Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 10 de noviembre de 2016.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de *“Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: a. Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a quince mil euros o la cuantía sea indeterminada”*.

En el presente caso, la interesada ha cifrado el importe de la indemnización solicitada en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de esta Comisión Jurídica Asesora.

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y al RPRP, al haberse iniciado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

La paciente ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139.1 LRJ-PAC, dado su razonable interés en ser indemnizada por los perjuicios que atribuye a la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario Clínico San Carlos.

Resulta del expediente que en nombre y representación de la interesada han actuado dos abogadas. Para acreditar el apoderamiento, a requerimiento de la Administración, tras la reclamación se aportó un

documento privado firmado por la paciente en el que reconocía a las firmantes del escrito de reclamación la capacidad para representarla. De esta forma, la representación ha sido acreditada mediante un simple documento privado.

Con respecto a esta cuestión, tal como ha indicado esta Comisión Jurídica Asesora entre otras ocasiones (así el Dictamen 399/16 de 8 de septiembre o el Dictamen 430/16, de 29 de septiembre, entre otros) si bien es cierto que, en el ámbito privado, el artículo 1710 del Código Civil establece que el mandato puede ser expreso o tácito y que el expreso puede otorgarse en documento público o privado y aún de palabra, en el ámbito del procedimiento administrativo, el artículo 32 de la LRJ-PAC es muy explícito al exigir la acreditación de la representación:

*“3. Para formular solicitudes, entablar recursos, desistir de acciones y renunciar a derechos en nombre de otra persona, deberá acreditarse la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado. Para los actos y gestiones de mero trámite se presumirá aquella representación”.*

Se infiere así que los documentos privados no cumplen el requisito de “fehaciencia” impuesto por la normativa de procedimiento administrativo.

Aun así, como quiera que la Administración ha entrado a conocer el fondo del asunto sin reparar en la deficiente acreditación de la representación, esta Comisión, examinará la eventual concurrencia de los requisitos para determinar, en su caso, la presencia de responsabilidad patrimonial, sin perjuicio de recordar a la Administración la necesidad de que la representación se acredite en forma adecuada.

Asimismo, se encuentra legitimada pasivamente la Comunidad de Madrid al haberse prestado la asistencia sanitaria por el personal médico del Hospital Universitario Clínico San Carlos, centro hospitalario integrado en la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En este caso se reclama por las consecuencias de la intervención quirúrgica realizada a la reclamante en el Hospital Universitario Clínico San Carlos el día 21 de octubre de 2014, por la que recibió el alta el 23 de octubre siguiente. Por otro lado resulta que la interesada reclama por el retraso en la instauración del tratamiento rehabilitador, que según consta en el expediente comenzó el 13 de mayo de 2015. Así las cosas, no cabe duda que la reclamación formulada el 17 de septiembre de 2015 se ha presentado en plazo legal, con independencia de la fecha de curación o de estabilización de las secuelas.

Se han observado los trámites legales y reglamentarios, marcados en la LRJ-PAC y en el RPRP. En concreto, la instrucción ha consistido recabar informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Clínico San Carlos así como del Servicio de Rehabilitación del citado centro hospitalario. También se ha emitido en el curso del procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria.

Por lo demás se ha conferido el oportuno trámite de audiencia a la interesada y se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, tal y como establece el artículo 12.1 en relación con el artículo 13.2 del RPRP, propuesta remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

**TERCERA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada Ley 39/2015, si bien, como ya apuntamos anteriormente, en este caso habrá de estarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y en el RPRP, dada la fecha de iniciación del procedimiento.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

*“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo*

*jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.*

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterándolo, en el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012 ) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”.*

**CUARTA.-** En el presente caso, la interesada dirige su reproche contra los profesionales sanitarios del Hospital Universitario Clínico San Carlos implicados en su proceso asistencial, a quienes imputa mala praxis en la cirugía consistente en microdiscectomía cervical realizada el 21 de octubre de 2014 así como un retraso la instauración del tratamiento rehabilitador de la espalda.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016(recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En el presente caso la reclamante no aporta ninguna prueba sustentada en criterio técnico que sirva para apoyar el reproche que dirige a la Administración Sanitaria, como debería haber hecho en aplicación de las reglas generales sobre la distribución de la carga de la prueba. Por ello, a falta de otras pruebas, hemos de dar por buenas las conclusiones que se recogen en los informes médicos que obran en el expediente y en particular en el informe de la Inspección Sanitaria, cuya relevancia es puesta de manifiesto, entre otras, por la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de febrero de 2016(recurso 459/2013), cuando tras analizar la historia clínica de la reclamante concluye que “*se ha actuado conforme a la lex artis en este caso*”.

En primer lugar, como hemos expuesto, la reclamante reprocha una mala praxis en la cirugía, pues sostiene que “*al poner una de las cajas el tornillo se apretó un poco más de la cuenta presionando la médula*”, lo que agravó la sintomatología previa a la intervención. Esta afirmación de la reclamante, que no se sustenta en prueba alguna,

resulta desmentida por los informes médicos que obran en el expediente y por la historia clínica examinada de la que resulta que no hubo ninguna incidencia durante la intervención reveladora de la mala praxis denunciada. Además la historia clínica muestra que la evolución postoperatoria fue satisfactoria, aunque con persistencia de cierta sintomatología que todos los informes médicos relacionan con la patología previa de la paciente y no con una complicación de la cirugía. En este sentido se expresa el informe del jefe del Servicio de Neurocirugía cuando señala que *“el cuadro clínico que presenta ahora no se puede atribuir a una consecuencia de la cirugía de discectomía C4-C5 y C5-C6 más colocación de cajas cervicales en dichos espacios, sino que es secundario a su lesión inicial (hernia discal C5-C6) que producía una compresión medular”* y añade que *“el cuadro clínico que presenta ahora la paciente existía previamente con mayor intensidad”*. En la misma línea se manifiesta la Inspección Sanitaria cuando indica *“que resultado de la compresión previa de la médula fueron las lesiones neurológicas que padeció después sin que ello fuera signo de mala praxis”*. En este sentido cita bibliografía de la que resulta que en un 10% de los casos de pacientes sometidos a la misma intervención que la reclamante se dan problemas neurológicos tras la intervención.

Como hemos indicado la reclamante realiza un segundo reproche relativo al retraso en la instauración del tratamiento rehabilitador de la espalda. En este punto cabe señalar que la historia clínica muestra que tras la cirugía la paciente fue vista por el Servicio de Rehabilitación del centro hospitalario el día 6 de noviembre de 2014, tras haber recibido el alta el 23 de octubre, plazo que para la Inspección Sanitaria *“no significa demora alguna”*. La historia clínica muestra que la reclamante recibió *“de inmediato”*, en palabras de la Inspección Sanitaria, 15 sesiones de fisioterapia (entre el 1 y el 21 de diciembre) y que posteriormente fue vista el 22 de diciembre por el Servicio de Rehabilitación del centro hospitalario que pautó como complemento del tratamiento rehabilitador 9 sesiones de Hidrocinesiterapia, que no se consideraron ni preferentes

ni urgentes , según informe el Servicio de Rehabilitación pues se trataba de “*dar pautas de aprendizaje de ejercicios en el agua, además de las pautas ya dadas por el fisioterapeuta al finalizar sus sesiones de Fisioterapia Individual Neurológica*”. Resulta del expediente que las sesiones no se iniciaron hasta el 13 de mayo de 2015, según explica el Servicio de Rehabilitación al no ser el tratamiento preferente ni urgente y existir dificultades técnicas en el funcionamiento de la piscina. Para la Inspección Sanitaria, aunque se considere que hubo retraso en la realización del tratamiento rehabilitador ello no influyó en la evolución de la patología. La reclamante no llega a concretar en qué medida ese supuesto retraso ocasionó un daño en la recuperación de sus secuelas sino que se limita a imputar su situación actual en parte a la demora reprochada, afirmación que no se ve respaldada por informe médico alguno. Por el contrario, la Inspección como hemos expuesto descarta de forma contundente que haya tenido influencia en el desarrollo de la enfermedad, lo que resulta relevante para descartar la relación de causalidad entre las secuelas que padece la interesada, que como hemos dicho todos los informes médicos atribuyen a su patología previa a la cirugía, y el funcionamiento de la Administración Sanitaria.

Como conclusión de todo lo expuesto, frente a las alegaciones de la reclamante carentes de sustento probatorio, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la atención médica proporcionada a la reclamante fue la correcta, de manera que las secuelas que padece la interesada no son imputables a la asistencia sanitaria dispensada, ni en la cirugía ni en el tratamiento rehabilitador de la patología, sino que son el resultado de la propia enfermedad de la paciente.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no existir relación de causalidad entre las secuelas de la reclamante y el funcionamiento de la Administración Sanitaria, ni haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la interesada en el Hospital Universitario Clínico San Carlos.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 10 de noviembre de 2016

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 504/16

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid+