



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 107/2011

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 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 11 de octubre de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **239/10**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 17 de julio de 2007, x presentó escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigido a la Administración regional. En síntesis, expone que en julio de 2006 le apareció un eccema que le afectó la zona axilar y los brazos, por lo que acudió al Centro de Salud de Puerto Lumbreras, donde se le recetó una pomada de uso tópico, con la que no mejoró, pues no le desaparecieron los síntomas. Por ello, el 14 de julio de dicho año volvió a dicho Centro, donde se le prescribió "*Urbasón*" inyectable, fármaco que contenía corticoides. De las tres inyecciones que se le prescribieron se puso la primera en el propio Centro de Salud y las dos restantes en el de la Cruz Roja del municipio de Águilas. En opinión de la reclamante, dicho fármaco, al contener corticoides, no estaba indicado para una persona con diabetes tipo II, como la que padecía, habiendo explicado en su momento al facultativo sus antecedentes clínicos. Continúa señalando que a las pocas horas de colocarle la última inyección de "*Urbasón*" comenzó a sufrir fuertes dolores en la pierna izquierda, con sensación continua de hormigueo y frío en el pie, por lo que acudió al hospital "*Rafael Méndez*", de Lorca (al Servicio de Urgencias, el 20 siguiente, según la documentación obrante en el expediente), donde, sin hacerle ninguna exploración o reconocimiento, se le recetó "*Gelocatil (paracetamol)*" y se la remitió a su Médico de Atención Primaria.

Dado que el dolor no remitía, de nuevo se dirigió al citado hospital, donde se le diagnosticó "*hiperglucemia simple descompensada*" y, al decirle al facultativo que en cinco días

regresaría a Barcelona, donde reside, le indicó que acudiera a su centro sanitario de esa ciudad, de forma que estuvo una semana sin recibir adecuada asistencia. Una vez en Barcelona, el día 28 de julio siguiente acudió al hospital "*Clinic*", donde se le diagnosticó "*embolia y trombosis en la extremidad inferior izquierda*", por lo que hubo que practicársele con carácter urgente la amputación infracondílea de la extremidad. Después fue enviada a la clínica "--", de dicha ciudad, para su convalecencia y rehabilitación, donde dice que continuaba ingresada en la fecha de interponer la reclamación.

La reclamante considera que los hechos descritos le han causado un grave daño físico y moral, por los problemas que acarrea la amputación de un pie, que se debió a la negligencia y mala práctica de los facultativos que la asistieron en el sistema público regional de Murcia, y que le hicieron perder un tiempo en el que se podía haber evitado el fatal desenlace.

Adjunta a su escrito de reclamación, entre otra documentación, copia del informe de alta del hospital "*Clinic*" de Barcelona, de fecha 27 de septiembre de 2006, y del informe de alta sociosanitaria de la clínica "--", de la misma ciudad. En su escrito indicó que en su día solicitó su historia clínica en el Centro de Salud de Puerto Lumbreras y que aún no se la han enviado.

SEGUNDO.- El 12 de septiembre de 2007 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) dictó Resolución de admisión a trámite de la reclamación, la cual fue notificada a las partes interesadas.

Asimismo, se solicitó a la Gerencia Única del Área III, de Lorca, Murcia, copia de la historia clínica de la paciente, e informes de los facultativos que la atendieron. Igualmente se procedió respecto del hospital "*Clinic*" de Barcelona.

TERCERO.- Mediante oficio de 22 de octubre de 2007, el Director Gerente del Área III, de Lorca, remitió informe del Coordinador Médico del Centro de Salud de Puerto Lumbreras de 19 de octubre de 2007, en el que indica que, en relación a la petición de historia clínica de aquélla, según datos obrantes en sus ficheros informáticos, dicha señora solicitó, como paciente desplazada, asistencia en tal Centro de Salud, el día 11 de julio de 2006, que se citó con el Dr. x, y el 14 y 17 de julio de 2006, que se citó con la Dra. x, no constando informes ni datos clínicos de dichos procesos asistenciales por tratarse de un usuario desplazado y no ser un proceso de urgencia, en los cuales se adjunta la historia clínica de urgencias.

CUARTO.- Mediante escrito de 26 de noviembre de 2007, el hospital "*Clinic*" de Barcelona, previa autorización de la reclamante, remitió copia de su historia clínica.

QUINTO.- Solicitado de la Gerencia antes citada un informe de la doctora x y copia de la historia clínica de la reclamante en el hospital "Rafael Méndez", mediante oficio de 3 de abril de 2008 el Gerente informa que dicha facultativo no presta ya servicios en su Área de Salud, y el 28 siguiente se remite la historia clínica solicitada.

SEXTO.- Obra en el expediente un dictamen médico de 21 de agosto de 2009, presentado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por diversos especialistas, en el que analiza el proceso asistencial de referencia dispensado en la sanidad pública regional, del que se destaca lo siguiente:

"En el caso que nos ocupa, la paciente padecía una EAP en fase crónica (isquemia arterial crónica). Así lo refleja el Informe Médico de Cirugía Cardiovascular del Hospital donde fue operada la paciente. Se describe claudicación intermitente, mayor en el MII.

En su consulta del día 20/07/06, fue evaluada de forma adecuada en el Servicio de Urgencias. Se realizó una exploración física correcta, en la que se hace referencia a la ausencia de signos de isquemia arterial aguda. La coloración, la temperatura y los pulsos periféricos eran normales. Esto significa que se palpa el latido arterial, y que por tanto no hay oclusión de la arteria.

Como se refleja en el informe del Hospital en el que fue operada, el curso de los síntomas era de 72 horas el día 28/07/06, Es decir, los síntomas por los que consultaba no correspondían a los que presentaba el día 20/07/06 de madrugada.

Es muy probable, aunque no podemos confirmarlo, que la paciente presentara de forma habitual dolor, en relación con esfuerzos, o con la congestión venosa, que también presentaba. Como queda reflejado en el Informe de Urgencias, también sufría problemas venosos en relación con su obesidad (varices). Esta congestión aumenta la presión en el compartimento muscular de la pierna, y puede afectar la ya comprometida circulación arterial. Es posible que ésta fuera la sintomatología de consulta el día 20/07/06. Esta sintomatología, probablemente reconocida por la paciente, varió a partir del día 25/07/06. A pesar de ello, la paciente demoró 3 días su consulta médica.

Aún así, todavía se sometió a un tratamiento con el fin de conservar la extremidad. Varias complicaciones, todas ellas asociadas con sus enfermedades de base, hicieron más

probable el fracaso terapéutico: Dificultad para la técnica (por obesidad) e infecciones postquirúrgicas por gérmenes frecuentes en inmunodeprimidos (por diabetes) y EAP evolucionada (por aterosclerosis).

Aproximadamente un mes y medio después de su consulta en el Servicio de Urgencias la paciente sufrió la amputación parcial del MII.

CONCLUSIONES

1. El empleo de glucocorticoides podría estar indicado en el tratamiento de la dermatitis de la paciente. Lo que es cierto es que no estaba contraindicado.

2. La atención en el Servicio de Urgencias fue adecuada y se ajustó a la lex artis.

3. La paciente presentaba una isquemia arterial crónica, pero no una isquemia arterial aguda, el día que acudió a Urgencias el día 20/07/06 (Murcia).

4. La paciente presentó una isquemia arterial aguda 72 horas antes de su consulta en el Servicio de Urgencias el 28/07/06 (Barcelona).

5. Este curso clínico entra dentro de la evolución posible de la enfermedad arterial periférica, que puede pasar de ser un proceso crónico a una complicación aguda de forma imprevisible y abrupta."

SÉPTIMO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS, fue emitido el 7 de abril de 2010. Ante la falta de informe de los facultativos que asistieron a la paciente, se recogen los hechos que extrae dicha Inspección al respecto:

1. Asistencia en el Centro de Salud de Puerto Lumbreras.

x, de 77 años en el momento de los hechos, residente en Barcelona, se encontraba en Puerto Lumbreras (Murcia) de vacaciones, cuando el 11/07/06 acudió al centro de Salud por un eccema que afectaba a zona axilar y brazos, siendo atendida por el Dr. x, que le prescribió una pomada de uso tópico.

Entre sus antecedentes clínicos:

- Diabetes Mellitus tipo 2, cuatro o cinco años desde el diagnóstico en tratamiento con Amaryl® 2mg.
- HTA en tratamiento con Valsarían®
- AAS® como antiagregante. Obesidad
- Claudicación intermitente bilateral
- Gonartrosis izquierda

El 14 y 17/07/06 volvió a la consulta al no remitirle los síntomas, siendo atendida por la Dra. x, que prescribió corticoides por vía intramuscular, de las que se puso hasta tres viales, el último el día 19/07/06.

Estos procesos se exponen según el relato de la paciente y confirmada la asistencia a consulta por el Coordinador Médico del Centro de Salud de Puerto Lumbreras, aunque no constan informes ni datos clínicos de los procesos asistenciales por tratarse de un usuario desplazado.

2. Asistencia en el Servicio de Urgencias de Hospital Rafael Méndez de Lorca.

El día 20/07/06 (pag 7) a las 5:05 acude al servicio de urgencias del HRM por dolor en pierna izquierda. En la exploración física se recoge: "Sin cambios de temperatura, ni coloración. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Gl 284". Consta el tratamiento previo con corticoides. Se le diagnostica de

1. Insuficiencia venosa.

2. Varices grado II.

Al día siguiente (pag 6) es valorada en las Consultas Externas del mismo Centro. Se objetiva hiperglucemia y se ajusta el tratamiento de su diabetes (Diamben 1-0-1 y Amary 4mg., por Amary 2mg. que tomaba). Se anota que dado que la paciente vuelve en 5 días a su residencia habitual, debe acudir a consulta médica en su Centro de Salud.

En la hoja de Consultas externas no consta la fecha, se deduce por lo referido en la reclamación. Nos hemos puesto en contacto con el Hospital Rafael Méndez de Lorca y no se refleja esta paciente en las citas de Consultas Externas, por lo que deducimos que tras ser vista en Urgencias a las cinco de la madrugada, se descartó patología aguda de miembros inferiores y, al detectar la hiperglucemia, se le derivó a las consultas esa misma mañana, así se explica que la cifra de glucemia sea la misma y la consulta se refiera sólo a este síntoma.

3. Asistencia en la Corporació Sanitaria Clinic de Barcelona

El 28/07/06 (pag 95) la paciente ingresa en un Centro Médico de Barcelona, por el siguiente motivo: "...Consulta por dolor, edema y parestesias en extremidad inferior izquierda. A la exploración no se palpa pulso pedio izquierdo, por lo que se requiere la valoración de cirugía vascular:

"Paciente diabética e HTA con antecedentes de claudicación intermitente bilateral (I>D) que desde hace 72 horas presenta frialdad, dolor y parestesias en EII".

Exploración clínica: "obesidad. Frialidad EII>EID. Gradiente importante de temperatura. Ausencia de pulsos tibiales y poplíteos bilaterales y femoral izquierda"

Se realiza una arteriografía:

"Apreciamos oclusión proximal de ambas femorales profundas, con evidencia de defecto de sustracción intraluminal, sugestivo de embolia aguda. A nivel de extremidad inferior derecha distal, apreciamos oclusión a nivel de tercera porción de poplítea, con repermeabilización a nivel de peronea proximal que se visualiza en toda su extensión. No visualización distal de

tibiales derechas. A nivel de extremidad inferior izquierda apreciamos oclusión en tercio medio de femoral superficial con desarrollo de circulación colateral que permite revascularización de poplítea en segunda y tercera porción con permeabilidad de tibial anterior proximal y peronea en toda su extensión." (...)

El día 05/08/06, con el diagnóstico operatorio de isquemia aguda (<14 d) de EII, oclusión de arteria femoral superficial izquierda, se realiza trombolisis distal y dilatación angioplástica en arteria poplítea proximal. La técnica es dificultosa por la obesidad de la paciente. Se objetiva oclusión completa de la femoral superficial y otros daños arteriales con oclusión incompleta. (...)

Presenta una infección postquirúrgica por Pseudomonas aeruginosa, con buena respuesta al tratamiento local y antibiótico. También presentó clínica y datos analíticos de infarto muscular.

A pesar de todos los esfuerzos médicos realizados, un mes después, el 01/09/06, la paciente se somete de nuevo a cirugía para la amputación de la extremidad: había persistencia de los signos de isquemia."

Después de realizar un análisis de la obstrucción arterial periférica y del proceso asistencial dispensado a la reclamante, finaliza el informe de la Inspección Médica con las siguientes conclusiones:

"1.- x, de 77 años, residente en Barcelona, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial y obesidad, acude a Centro de Salud de Puerto Lumbreras por eccema que afectaba a zona axilar y brazos, prescribiéndole tratamiento tópico y, al no ceder, en una segunda consulta, tres viales de corticoides, no siendo éste un tratamiento incorrecto, aunque pudo provocar elevación de la glucemia.

2.- El día 20 de julio de 2006 acude a Urgencias con dolor en la pierna izquierda, pulsos periféricos presentes y simétricos, sin cambios de temperatura, ni coloración, no apreciándose los síntomas propios de una isquemia, como son dolor, palidez, frialdad y ausencia de pulso.

3.- El 28 de julio de 2006 acude al Centro de Barcelona con: Frialdad EII>EID. Gradiente importante de temperatura y ausencia de pulsos. Tras las pruebas pertinentes, se realiza trombolisis distal y dilatación angioplastia en arteria poplítea proximal el día 5 de agosto de

2006, con el diagnóstico operatorio de isquemia aguda.

4.- De la documentación aportada parece evidente que el cuadro de isquemia arterial surge con posterioridad a su asistencia en el Servicio de Urgencias del hospital público".

OCTAVO.- Mediante oficio de 6 de mayo de 2010 se acuerda un trámite de audiencia y vista del expediente a los interesados, no compareciendo ni presentando alegaciones ninguno de ellos.

NOVENO.- El 30 de septiembre de 2010 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar, en síntesis, que, a la vista de los informes emitidos, no se ha acreditado la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama, que es jurídicamente necesaria para declarar la responsabilidad patrimonial pretendida.

DÉCIMO.- 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 e índice reglamentarios

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, corresponde a la reclamante, por ser quien sufre los daños por los que reclama indemnización. La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos 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), no puede oponerse objeción al respecto, vistas las fechas de los hechos y de la presentación de la reclamación.

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, en ningún momento se ha concretado la cuantía reclamada por la interesada, sin que por la instrucción se haya formulado requerimiento al respecto, en cumplimiento de lo que dispone el art. 6 RRP y 71 LPAC.

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

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.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, 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".

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, sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados, 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, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o las lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la *"lex artis"*, entre otros supuestos posibles.

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.- Los daños por los que se reclama indemnización: examen. Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños a considerar. Inexistencia.

Del relato de hechos realizado en el escrito de reclamación se deduce que la interesada considera que la inadecuada prescripción de corticoides (por tratarse de una paciente con diabetes tipo II), realizada en el Centro de Salud de Puerto Lumbreras el 14 de junio de 2006 para combatir la afección cutánea (eccema axilar y de brazos) por la que había acudido a dicho Centro, desencadenó un proceso de embolia y trombosis en su extremidad inferior izquierda que, además, no fue advertido en sus posteriores asistencias al hospital "*Rafael Méndez*", de Lorca, y que dio lugar finalmente a la amputación infracondílea de dicha extremidad el 1 de septiembre de 2006 en un hospital de Barcelona, donde reside. Por ello, considera que las actuaciones de los servicios sanitarios públicos regionales fueron negligentes y contrarias a la buena praxis médica, por lo que formula reclamación, sin concretar la indemnización pretendida por el referido daño.

Sin embargo, además de no aportar informe médico alguno en el que apoyar sus alegaciones, los emitidos en el procedimiento ponen de manifiesto, en primer lugar, la inexactitud parcial de los hechos alegados por la reclamante, por cuanto de los documentos obrantes en la historia clínica dichos informes concluyen que a la paciente se le realizaron las exploraciones oportunas cuando acudió al Servicio de Urgencias del hospital "*Rafael Méndez*" el 20 de julio de 2006, advirtiendo entonces insuficiencia venosa crónica (y la glucemia por la que fue tratada después en Consultas Externas de dicho hospital), pero no los síntomas propios de obstrucción arterial aguda (palidez, frialdad y ausencia de pulso), que aparecieron sólo 72 horas antes de que acudiera al hospital de Barcelona el 28 siguiente, según los informes de este último centro, en el cual, ante dichos síntomas y a la vista de sus antecedentes de afectación arterial crónica, se le realizó la prueba que objetivó la isquemia en cuestión (y que, por cierto, no motivó la urgente amputación de la pierna, como alega la reclamante, ya que acudió a dicho hospital el 28/7/06 y la amputación se realizó el 1/9/06, previa otra intervención el 5/8/06, según refleja el informe de la Inspección Médica). Además, los referidos informes razonan, en contra de lo que afirma la interesada, que la administración de corticoides en la forma pautada por el Centro de Salud de Puerto Lumbreras el 14 de julio de 2006 no fue contraria a la "*lex artis ad hoc*", además de que, en todo caso, ello no fue la causa de la isquemia posteriormente producida.

Por todo ello, y conforme con lo expresado en las Consideraciones precedentes, no puede considerarse acreditada la relación de causalidad necesaria y adecuada, a los pretendidos efectos indemnizatorios, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama, por lo que procede desestimar la reclamación de referencia. A mayor abundamiento, tampoco se ha concretado la cuantía reclamada como valoración del daño.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe la relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente adecuada y necesaria para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, 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, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

