



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 218/2025

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 10 de septiembre de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Sra. Directora General del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 2 de diciembre de 2024 (COMINTER 226758) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 3 de diciembre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_418), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 15 de enero de 2024 un abogado, actuando en nombre y representación de D.^a X, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella, expone que a su mandante, de 71 años, se le diagnosticó una trombosis venosa profunda (TVP) el 30 de junio de 2022, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital *Virgen del Castillo* (HVC) de Yecla. Este diagnóstico se confirmó por el Servicio de Urgencias de ese hospital el 11 de agosto siguiente.

A continuación, reitera que el diagnóstico se repitió por los facultativos del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario *Reina Sofía* (HGURS) de Murcia el 20 de diciembre de 2022.

Más adelante, expone que el 16 de julio de 2023 se le diagnosticó la oclusión completa de la arteria iliaca externa izquierda en el Servicio de Urgencias del HVC.

Ante la situación de isquemia aguda en la pierna izquierda, al día siguiente se la derivó al Servicio de Cirugía

Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia. Allí se le realizó una trombectomía mecánica, sin que la paciente experimentase complicaciones significativas. No obstante, la arteriografía que se le practicó confirmó la persistencia de oclusiones segmentarias y ausencia de salida distal.

El 20 de julio de 2023, mientras se encontraba en la Unidad de Reanimación, sufrió un empeoramiento que continuó en planta, por lo que se le tuvo que amputar la pierna izquierda por encima de la rodilla, debido al cuadro mencionado de isquemia arterial aguda evolucionada.

Sin embargo, el abogado expresa su opinión de que esa medida era previsible y perfectamente evitable.

En este sentido, argumenta que la isquemia aguda del miembro inferior izquierdo tuvo -sin duda- un origen embólico, ya que no existía patología vascular arterial previa alguna y, por tanto, datos de trombosis arterial.

También sostiene que, ante una obstrucción aguda, embólica, de la arteria ilíaca externa, se le debió haber efectuado a la reclamante, tras su ingreso en el HUVA, una embolectomía urgente, que muy probablemente hubiera resuelto el problema isquémico de la pierna.

Añade que, en cualquier caso, se le debería haber practicado una cirugía de revascularización del miembro inferior. Y considera que el tratamiento seguido, consistente en una trombectomía mecánica junto con una trombolisis, fue absolutamente desacertado y la crónica anticipada de la citada amputación.

De igual forma, entiende que el diagnóstico de isquemia aguda del miembro inferior izquierdo se debió haber alcanzado con mayor antelación en el Servicio de Atención Temprana, por lo que cabe hablar de retraso diagnóstico.

Por último, argumenta que el tratamiento se realizó sin firma de documento de consentimiento informado.

Acerca del importe de la indemnización que solicita, la fija tanto alzado en 485.000 €. Además, precisa que la reclamante ya ha tenido que hacer frente a los siguientes gastos (14.016,12 €), que se le deben ser igualmente resarcidos:

- 1.- Silla Salva-escalera 1ª planta, 2.970 €.
- 2.- Silla de ruedas, 232 €.
- 3.- Silla Salva-escalera 2ª planta, 7.848,5 €.
- 4.- Asiento de ducha, 57 €.
- 5.- Obras adaptación baño: 2.204,62 €.

6.- Facturas de fisioterapia, 704 €.

Señala que la interesada necesita adquirir un vehículo adaptado (45.000 €). De igual modo, advierte que se le deberá indemnizar el perjuicio moral grave por pérdida de calidad de vida que ha experimentado.

En consecuencia, se debe entender que demanda una reparación económica total (485.000 + 14.016,12 + 45.000) de 544.016,12 €.

Con la solicitud de indemnización adjunta las copias de numerosos documentos de carácter clínico, de las facturas acreditativas de los gastos mencionados y de la escritura de apoderamiento otorgada a su favor.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 15 de febrero de 2024 y ese mismo día se informa de ello a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual manera, ese día se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I-HUVA y V-HVC que remitan las copias de las historias clínicas de la interesada de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que la asistieron. En este último caso, se demanda, asimismo, que se facilite la copia del historial clínico de Atención Primaria (Centro de Salud Yecla-Oeste).

TERCERO.- El 4 de abril de 2024 se recibe la copia de la documentación clínica requerida a la Dirección Gerencia del Área de Salud V-HVC. No obstante, se indica en la comunicación con la que se facilita que falta por remitir el informe del facultativo que la atendió.

CUARTO.- El 12 de abril se reitera la solicitud de información que se había dirigido al Área de Salud V-HVC. Con fecha 24 de mayo de 2024 se hace lo mismo respecto de la solicitud de documentación e información que se cursó a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA.

QUINTO.- El 31 de mayo se envía al órgano instructor la copia de la documentación clínica que se había solicitado al Área de Salud I-HUVA. Con ella se adjunta el informe elaborado tres días antes por el Dr. D. Y, facultativo especialista de Cirugía Cardiovascular y responsable de la Unidad de Cirugía Vascular y Endovascular del HUVA.

En este documento se exponen los antecedentes de la asistencia que se le dispensó a la reclamante y, a continuación, se añade lo siguiente:

"Remitiéndonos al punto SÉPTIMO de la reclamación, queremos dejar constancia [de] nuestro total desacuerdo en la afirmación de que, y cito literalmente, "la amputación supracondílea del MMII, en el presente caso, era previsible y evitable". Tal y como recogen las GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE LA ISQUEMIA AGUDA

DE MIEMBROS INFERIORES DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CIRUGÍA VASCULAR (...), el tratamiento debe consistir en una terapia anticoagulante intravenosa, analgesia y revascularización de la extremidad de manera pronta y precoz, en un hospital de referencia con un equipo vascular y endovascular con experiencia y disponibilidad 24/7 para salvar el miembro. Hay constancia de que la paciente estuvo con analgesia intravenosa, heparina intravenosa en todo momento y que el procedimiento se realizó pocas horas de su llegada a urgencias. Además, el seguimiento inmediato de la paciente fue llevado a cabo en la unidad de Reanimación para control de posibles complicaciones algunas letales, como la hemorragia cerebral o como el sangrado o la persistencia del dolor (una vez más, atendida y tratada del dolor por médicos especialistas -anestelistas-). Respecto al tratamiento elegido, dichas guías recogen que tanto la cirugía abierta (embolectomía)) como el tratamiento endovascular (trombólisis dirigida por catéter) tienen resultados similares en cuanto a la tasa de amputación y que se puede combinar el tratamiento trombolítico con tromboaspiración si se realiza precozmente tras el diagnóstico, nuestro servicio dispone dicha unidad de cirugía vascular y endovascular especializada y así se hizo con la paciente que nos ocupa, se optó por el tratamiento precoz endovascular por ser de claramente menos invasivo y además, y cito literalmente de dichas guías de práctica clínica (...) "En una cohorte contemporánea, grande, a nivel nacional y de propensión emparejada que comparó la revascularización endovascular primaria con la revascularización abierta para la isquemia arterial aguda, la revascularización endovascular (trombólisis en la mayoría de los pacientes) se asoció con una mayor tasa de supervivencia libre de amputación a los 30 días (87,5 % frente a 82,1 %) y al año (69,9% vs. 61.1%)". Dicha guía también hace referencia a que el tamaño de la lesión influye a la hora de tomar decisiones, pues para longitudes afectas de > 30cm se recomienda trombólisis química frente a embolectomía.

Descrita dicha situación podemos decir que el Servicio de Cirugía Cardiovascular ha realizado una labor completamente acorde a las recomendaciones de las Sociedades Científicas más actuales, tanto el diagnóstico, el tratamiento seleccionado, el control, vigilancia, el lugar donde se ha realizado el periodo postoperatorio precoz y la toma de decisiones. El fracaso del tratamiento endovascular indica que la lesión era muy extensa y severa y muy presumiblemente el desenlace hubiese sido el mismo que si se hubiese realizado una embolectomía quirúrgica (y en este caso, la trombólisis química ya quedaría como contraindicación para el tratamiento endovascular por riesgo hemorrágico). La amputación no era previsible ni evitable, la amputación era probable, y aunque se tomaron todas las medidas terapéuticas posibles no pudo ser evitada".

SEXTO.- El 4 de julio de 2024 se solicita de nuevo al Área de Salud V-HVC que envíe el informe del facultativo que atendió a la interesada.

SÉPTIMO.- Con fecha 8 de julio de 2024 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que se puedan elaborar, en su caso, los informes valorativo y pericial correspondientes.

OCTAVO.- El 10 de julio se recibe el informe elaborado el 24 de mayo de 2024 por la Dra. D.^a Z, médica de Atención Primaria en el Centro de Salud ya mencionado. En este informe relaciona de forma detallada todas las asistencias que se le dispensaron a la reclamante.

El día 17 de ese mes se envían copias de dicho informe a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS.

NOVENO.- El 30 de agosto de 2024 se recibe el informe pericial realizado el día 14 de ese mes, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Angiología y Cirugía Vascular y máster en peritaje y valoración del daño corporal.

En ese documento se exponen las siguientes conclusiones:

"PRIMERA. La paciente sufrió una isquemia arterial aguda de la extremidad inferior izquierda que evolucionó hacia un cuadro de irreversibilidad y pérdida de la extremidad. El diagnóstico se realizó en una fase avanzada del cuadro, (cuando las posibilidades de curación ya eran escasas), por causas médicamente explicables: la paciente presentaba numerosas patologías concurrentes, venosas y mecánicas (síndrome postflebítico, fascitis plantar, artrosis, lumbociática) que añadieron gran confusión diagnóstica al cuadro. No es lo mismo un retraso diagnóstico por mala praxis que un diagnóstico en fase avanzada perfectamente justificable por las características médicas particulares de la paciente.

SEGUNDA. La afirmación vertida en el segundo párrafo del hecho séptimo de la demanda dice lo siguiente: "La isquemia aguda del miembro inferior izquierdo tuvo - sin duda- un origen EMBÓLICO AC X FA, en arterias del MMII sanas, sin existir patología vascular arterial previa alguna, por tanto, sin dato alguno de TROMBOSIS ARTERIAL". (AC x FA corresponde a las siglas de arritmia cardíaca por fibrilación auricular que sucede cuando el corazón no tiene ritmo sinusal).

Bien, esta afirmación es sencillamente una interpretación u opinión de la parte actora, absolutamente contraria a la información que se puede encontrar en la documentación médica puesta a nuestra disposición para ser analizada.

- En toda la documentación médica revisada para elaborar este informe, sólo existe un electrocardiograma realizado previamente a la amputación, el día 16/02/2023, cuyo resultado no es de fibrilación auricular sino de ritmo sinusal.*
- Como la duda sobre la causa de la isquemia aguda persiste, la paciente es enviada a consultas externas de cardiología tras la amputación para ampliar el estudio. En el electrocardiograma continuo 24 horas (estudio Holter) realizado en junio de 2023, el corazón permanece en todo momento en ritmo sinusal, NO HAY FIBRILACIÓN AURICULAR. La demanda se equivoca.*
- También desconocemos en qué documentación médica o pruebas de imagen se basa la parte actora para afirmar que la causa de la isquemia fuera embólica y no trombótica. La afirmación de que las arterias en MMII eran sanas es también equivocada. El AngioTAC puesto a nuestra disposición muestra calcificaciones arteriales difusas que afectan a la aorta en la salida de los troncos viscerales y calcificaciones en arterias ilíacas, femorales y poplíteas. Este hecho cierto y objetivo sumado a la cronología del dolor en miembros inferiores al caminar que refería la paciente en las semanas previas, (un mes y medio), hace que, desde el punto de vista pericial vascular, la causa más probable de la isquemia fuese una TROMBOSIS ARTERIAL AGUDA de los sectores iliaco femoral y poplíteo de la pierna izquierda y no una embolia de origen cardiogénico como afirma la demanda de forma muy poco fundada.*

TERCERA. La afirmación vertida en el tercer párrafo del hecho séptimo de la demanda, (donde se dice: "Ante una obstrucción aguda, EMBÓLICA, de la arteria iliaca externa pudo y debió haberse efectuado una EMBOLECTOMÍA urgente -a su ingreso, en el HUVA- que muy probablemente hubiera resuelto el problema isquémico de MMII. Y,

en todo caso, una cirugía de revascularización del Miembro Inferior. El manejo terapéutico seleccionado: Trombectomía mecánica + Trombolisis, fue absolutamente desacertado y la crónica anticipada de una amputación anunciada."), *no es cierta. Se trata de una mera opinión realizada a hechos consumados que no tiene justificación en el estado actual del conocimiento médico acerca del tratamiento revascularizador de la isquemia aguda de miembros inferiores.*

Si bien es verdad que la cirugía abierta (tromboembolectomía con catéter-balón de Fogarty) sigue vigente y es la terapia más usada desde hace muchas décadas, la introducción, en 1974, por parte del Dr. Dotter, de la fibrinólisis por catéter y la aparición posterior de los dispositivos de trombectomía mecánica han supuesto una progresiva implantación del tratamiento endovascular (por cateterismo) con resultados clínicos y de coste efectividad similares a los de la cirugía clásica. La demanda nuevamente se equivoca. El caso no evolucionó mal por la técnica de revascularización elegida; evolucionó mal porque se trataba de una trombosis arterial muy extensa anatómicamente y muy evolucionada en el tiempo.

CUARTA. En cuanto a la ausencia de documento de Consentimiento Informado, debemos recordar que estamos ante una emergencia médica que, como sabemos, es una situación que legalmente contempla la obtención del consentimiento del paciente de forma verbal.

QUINTA Y ÚLTIMA. Desde la pericia vascular, no encuentro defecto de praxis en el manejo diagnóstico y terapéutico de esta paciente. No encuentro pérdida de oportunidad de tratar, ni retraso diagnóstico, ni ningún tipo de negligencia por parte de los profesionales sanitarios intervinientes en este caso”.

El 2 de septiembre siguiente se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

DÉCIMO.- El 26 de septiembre de 2024 se concede audiencia a la reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes.

Sin embargo, no consta que hayan hecho uso de ese derecho.

UNDÉCIMO.- Con fecha 29 de noviembre de 2024 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 2 de diciembre de 2024, que se completa con la presentación de un disco compacto (CD) un día más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación se ha formulado por una persona interesada, que es quien sufre los daños físicos y personales por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

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 relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPAC determina que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, la amputación supracondílea de la pierna izquierda se realizó el 20 de julio de 2023 y la acción de resarcimiento se interpuso el 15 de enero de 2024, dentro del plazo establecido al efecto y, por tanto, de forma temporánea.

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.

Asimismo, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada por la existencia de suficientes elementos de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que ha traído al procedimiento la compañía aseguradora del SMS. Además, puede

entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que la reclamante no ha presentado algún informe pericial que pudiera permitirle sostener la realidad de las imputaciones de mala praxis que realiza.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *“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.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que han sido desarrollados por una abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. 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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 (Dictámenes núms. 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

I. Ya se ha expuesto que la interesada solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización de 544.016,12 € como consecuencia del daño que se le causó en el HUVA, en julio de 2023, cuando se le tuvo que realizar una amputación supracondílea de la pierna izquierda, debido a la isquemia arterial aguda evolucionada que padecía. Su abogado sostiene que esa medida era previsible y perfectamente evitable.

En este sentido, sostiene que el tratamiento que se siguió en su caso (trombectomía mecánica y trombólisis) no fue el adecuado, porque se le tendría que haber efectuado una embolectomía urgente y, en cualquier caso, una cirugía de revascularización del miembro inferior. Además, alega que se incurrió también en retraso diagnóstico, porque el cuadro se le debió haber diagnosticado previamente en su Centro de Salud.

Por último, considera que se infringió la *lex artis* en sentido formal porque se le practicó a la interesada una cirugía de efectos irreversibles y tan drásticos y radicales sin que ella hubiese firmado previamente el documento de consentimiento informado necesario.

A pesar de dichas imputaciones de mala praxis, la reclamante no ha presentado algún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que le permita sostenerlas. En ese sentido, conviene recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en el ámbito de los procedimientos administrativos, impone al actor la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la reclamación.

De forma contraria, la Administración sanitaria ha traído al procedimiento las historias clínicas completas de la interesada, tanto de Atención Primaria como Especializada, y los informes de los distintos facultativos de diferentes especialidades que la atendieron.

Asimismo, la compañía aseguradora ha aportado al procedimiento un informe pericial elaborado por un especialista en Angiología y Cirugía Vascular (Antecedente noveno de este Dictamen).

II. Pues bien, la lectura de esos documentos permite alcanzar con facilidad la conclusión de que las alegaciones de mala praxis realizadas por la interesada, carentes del menor respaldo médico-pericial, son erróneas y no responden a lo que debe considerarse una buena praxis médica, por lo que no pueden ser atendidas. Ello supone que no sea procedente entrar en mayores razonamientos ni consideraciones. Por el contrario, se debe entender que la actuación de los facultativos que atendieron a la reclamante se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc*.

Así pues, resulta evidente que no se pudo evitar la amputación por la que se solicita un resarcimiento, que siempre es una medida extrema probable en esos supuestos, por lo que no cabe apreciar que exista relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y ese daño que se alega, cuyo carácter antijurídico no se ha evidenciado en absoluto.

Acerca de la posible infracción de la *lex artis* en sentido formal, por la falta de consentimiento informado o, en todo caso, de formalización por escrito, pese al carácter extraordinariamente invasivo de la intervención, conviene recordar que el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, permite que los facultativos puedan llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente cuando exista riesgo inmediato grave para su integridad física, como fue el caso.

Además, ya ha expuesto este Órgano consultivo en numerosas ocasiones, con apoyo en una consolidada jurisprudencia, que la ausencia o falta de un consentimiento informado no es indemnizable si no concurre, además, el elemento del mencionado daño antijurídico.

Este es un supuesto en el que la falta de aportación por la interesada del menor elemento probatorio (pericial) con la reclamación justifica por sí misma el rechazo de la pretensión resarcitoria planteada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta desestimatoria de la reclamación, por no existir un nexo de causalidad adecuado entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño personal alegado, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha demostrado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.

