



Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia

Dictamen nº **58/2011**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 16 de marzo 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 22 de diciembre de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, en nombre y representación de su hijo, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **295/10**), aprobando el siguiente Dictamen.

## ANTECEDENTES

**PRIMERO.-** Con fecha 26 de julio de 2007, x. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por su hijo x, como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud.

Según relata la reclamante, sobre las 14:00 horas del 4 de agosto de 2006, su hijo, de 14 años de edad, fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital "Rafael Méndez" de Lorca, por fuertes dolores intestinales que sufría desde las 05:00 horas, siendo diagnosticado de estreñimiento y remitido a su domicilio.

Sobre las 21:00 horas del mismo día, ante el empeoramiento de su hijo. volvió a urgencias y, tras ser reconocido por otro médico, se le diagnostica dolor abdominal inespecífico, remitiéndolo nuevamente a su domicilio.

Tras pasar la noche con dolores abdominales y fiebre, la mañana del 5 de agosto acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital, diagnosticándole una apendicitis gangrenosa con peritonitis, operándole sobre las 18:00 horas de ese mismo día.

Pese a sufrir molestias los días siguientes, el día 17, sobre las 18:00 horas, inexplicablemente es dado de alta. Esa misma tarde, a las 20 horas presenta fiebre de 38,5, volviendo a Urgencias con la intención de ingresarlo, pero se les dice que no es necesario, que si al día siguiente no está bien que vuelva. El día 18, como no baja la fiebre, vuelven otra vez al Hospital y es ingresado. El día 19 empeora y se solicita su traslado al Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, dado que en Lorca no se daba solución a lo de su hijo. Allí se le hacen toda clase de pruebas y se le diagnostica asas de intestino delgado en engrosamiento difuso de su pared, siendo remitido de nuevo al "Rafael Méndez", donde queda ingresado el día 20. El día 21 vomita y se le hace una radiografía que revela que las paredes del intestino están pegadas.

El 24, el niño es intervenido, extirpándole una bolsa de pus y parte del intestino, siendo dado de alta el día 8 de septiembre de 2006, debiendo ser revisado de forma periódica y tomar vitamina B12 de por vida, sufriendo asimismo problemas de anemia, diarrea e intolerancia a ciertos medicamentos.

En noviembre de 2006 presenta una queja, reiterada en enero, ante el Hospital lorquino.

La reclamante imputa el daño al incorrecto funcionamiento del centro hospitalario, especialmente el Servicio de Urgencias al que tuvo que acudir hasta tres veces para que a su hijo se le diagnosticara la apendicitis. También advierte ese inadecuado funcionamiento en el hecho de que tras la intervención, y a pesar de permanecer hospitalizado durante dos semanas, no se detectara el problema que tenía su hijo hasta su traslado a la Arrixaca.

Reclama una indemnización de 30.055 euros en concepto de días de hospitalización, días de baja, secuelas y daño moral.

Se acompaña la solicitud indemnizatoria de diversa documentación clínica, identificativa de reclamante y paciente, y acreditativa del parentesco que les une.

**SEGUNDO.-** Admitida a trámite la reclamación por Resolución del Director Gerente del SMS de 8 de agosto de 2007, se encomienda su instrucción al Servicio Jurídico del Ente, que procede a comunicarla a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS, a través de la correduría. Asimismo, solicita a los Hospitales "Rafael Méndez" y "Virgen de la Arrixaca" copia de la historia clínica del paciente e informe de los facultativos que le atendieron.

**TERCERO.-** Por el Hospital "Virgen de la Arrixaca" se remite la historia clínica e informe de la cirujana que atendió al niño tras ser remitido por su Hospital de referencia, el "Rafael Méndez". El informe señala que el 19 de agosto de 2006 el paciente llega con febrícula junto a leve dolor abdominal. La analítica realizada mostró "*leucocitosis de 20.780 y 89% N*". La ecografía abdominal no mostró colecciones, únicamente un engrosamiento difuso de la pared de las asas de intestino delgado. Se consideró adecuado un tratamiento conservador, con analgesia, antibióticos y sueroterapia, por lo que tras hablar con la familia se acordó remitir al paciente a su Hospital de referencia.

**CUARTO.-** Por el Hospital "Rafael Méndez" se remite la historia clínica del paciente, así como copia de los siguientes documentos:

a) Oficio del Juzgado de Instrucción núm. 3 de los de Lorca en relación con Diligencias Previas (Procedimiento Abreviado 283/2007) que se siguen en dicho Juzgado por los mismos hechos.

b) Contestación dada el 5 de febrero de 2007, por el Director Gerente del Hospital, a la queja presentada por la hoy reclamante, en relación con la asistencia prestada en dicho centro a su hijo.

**QUINTO.-** Por la aseguradora del SMS se aporta al procedimiento un informe pericial emitido por Especialista en Cirugía Pediátrica, que alcanza las siguientes conclusiones:

*"1. El niño x. sufrió un cuadro de dolor abdominal por lo que fue llevado en dos ocasiones en el transcurso de unas pocas horas al HRM de Lorca.*

*2. Fue visto en las dos ocasiones por los médicos de guardia y diagnosticado de dos procesos banales siendo remitido a su domicilio con recomendaciones.*

*3. Al día siguiente fue llevado nuevamente y diagnosticado de una apendicitis aguda.*

*4. Fue operado de urgencia correctamente.*

5. El postoperatorio inmediato se desarrolló sin incidencias.

6. Más tarde sufrió dos de las complicaciones frecuentes y descritas en los procesos de apendicitis aguda.

7. Estas complicaciones fueron tratadas correctamente y evolucionaron bien en el postoperatorio.

8. No estamos de acuerdo con la afirmación que se hace en la reclamación de que el enfermo deberá estar de por vida con tratamiento con Vitamina B 12.

9. Entendemos que el retraso de 24 horas en el diagnóstico de la apendicitis aguda no influyó en la evolución del enfermo ni en la aparición de las complicaciones.

*Conclusión final: entendemos que el diagnóstico de apendicitis aguda no era ni siquiera de sospecha en los dos primeros días de la enfermedad y, por tanto, que todos los profesionales que atendieron a este enfermo en cada uno de los centros en que fue tratado, lo hicieron con profesionalidad y con arreglo a la "lex artis".*

**SEXTO.-** Recabado el preceptivo informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica) se emite el 26 de julio de 2010, con los siguientes juicio crítico y conclusión:

*"El paciente acude en un intervalo de menos de 24 horas tres veces al Servicio de Urgencias. La sospecha de apendicitis se tuvo en cuenta según puede deducirse de la exploración registrada en la Historia Clínica. En la primera asistencia no había ciertamente signos positivos y, si bien ocho horas más tarde se encontró leucocitosis con desviación izquierda, otros datos no apoyaron lo suficiente la sospecha para un diagnóstico específico claro. Retrospectivamente es explicable porque la localización anatómica apendicular retrocecal no es de fácil discriminación. La franca afectación en el momento del ingreso se trató quirúrgicamente. Los hallazgos descritos en la apendicectomía (líquido purulento en cavidad ...) no es difícil que lleven, a pesar del tratamiento protocolizado, a complicaciones no deseadas tales como abscesos. En principio, en este caso, no se formó una colección purulenta organizada*

*inicialmente, sino que se detectó una mínima cantidad de líquido, engrosamiento difuso de la pared... . No es hasta 18 días después de la apendicectomía que se observa ecográficamente y se confirma con TAC pélvico, un absceso, indicándose drenaje percutáneo e inmediatamente laparotomía al no poder realizarse aquel, resolviendo en función de los hallazgos de visu.*

*En conclusión, la patología se ha resuelto tras intervenciones sucesivas de los servicios sanitarios que han tratado las complicaciones que han surgido en el momento adecuado".*

**SÉPTIMO.-** Conferido trámite de audiencia a los interesados (reclamante y compañía aseguradora del SMS) no hacen uso del mismo, sin que conste que hayan presentado alegaciones o justificaciones adicionales a las contenidas en el escrito inicial de reclamación.

**OCTAVO.-** Consta que por la interesada se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación, siguiéndose las actuaciones ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, con el número de Procedimiento Ordinario 184/2008.

**NOVENO.-** El 2 de diciembre de 2010 el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, al no haber quedado acreditado que en la actuación de los facultativos que atendieron al niño se incurriera en infracción de la *lex artis*.

En tal estado de tramitación y previa incorporación de los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 22 de diciembre de 2010.

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 (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

## **SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

1. La legitimación activa corresponde a la madre del menor, para reclamar los daños por él padecidos (morales y secuelas), atendida la representación legal que le asigna el artículo 162 del Código Civil.

No obstante, dada la excesiva duración del procedimiento (se han superado ampliamente los tres años de tramitación), el hijo de la reclamante, menor en el momento de los hechos y de ejercitarse la acción resarcitoria, en la actualidad ha alcanzado la mayoría de edad, lo que debería haber movido al órgano instructor a otorgarle un trámite de audiencia para que pudiera haber actuado por sí mismo, o bien otorgado la representación a su progenitora, como en otros supuestos similares ha sostenido el Consejo Jurídico (por todos, Dictámenes 149/2002 y 222/2009).

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional en cuanto titular del centro hospitalario y del servicio de asistencia pública sanitaria a cuyo funcionamiento se imputa el daño.

2. Presentada la reclamación el 26 de julio de 2007 y habiéndose prestado la asistencia sanitaria a la que se pretende conectar causalmente el daño por el que se reclama entre los meses de agosto y septiembre de 2006, es evidente que aquélla se interpuso dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC señala para la prescripción del derecho a reclamar.

3. A la vista del expediente remitido, puede concluirse que se ha seguido sustancialmente lo dispuesto en la LPAC y su reglamento de desarrollo en la materia que nos ocupa (RRP), a excepción del plazo máximo para resolver, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13 de este último. En la demora ha influido decisivamente la excesiva tardanza en evacuar el informe de la Inspección Médica, para lo que se han invertido 30 meses.

Ha de advertirse que no constan en el expediente los informes del Servicio de Urgencias del Hospital "Rafael Méndez", ni el del cirujano que intervino al niño. No obstante, la presencia en el expediente del escrito de contestación del Director Gerente del Hospital frente a la queja expresada por la hoy reclamante, permite conocer el parecer del centro hospitalario, si bien debe advertirse que este tipo de actuaciones, ajeno al procedimiento de responsabilidad patrimonial, no debe suplir la emisión *ad hoc* de los informes preceptivos que exige el artículo 10.1 RRP.

Asimismo, debe recordarse al órgano instructor la conveniencia de incorporar al procedimiento las actuaciones penales que se sigan por los mismos hechos que la reclamación, dada la incidencia que aquéllas pueden tener sobre aspectos relevantes de la responsabilidad patrimonial, como el cómputo del plazo de prescripción del derecho a reclamar o la fijación de los hechos.

4. La circunstancia de que se haya interpuesto por la actora recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación, no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (art. 42.1 LPAC) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues los reclamantes podrían desistir o solicitar la ampliación del recurso contencioso administrativo a la resolución expresa.

### **TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.**

La responsabilidad patrimonial por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 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, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, en tanto que existirá o no con independencia de cualquier elemento culpabilístico de los agentes de la Administración, han sido desarrollados por la LPAC, en

particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.

2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.

3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.

4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

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 debe esperar de los poderes 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, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle por la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad); y 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

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



La reclamante considera que su hijo recibe una asistencia incorrecta en el Hospital "Rafael Méndez", singularmente por su Servicio de Urgencias, que no fue capaz de diagnosticar la apendicitis que sufría en las dos primeras ocasiones en las que acudió. Asimismo, advierte un funcionamiento anormal en el hecho de que no se detectara el problema que aquejaba al paciente en las dos semanas en que estuvo ingresado en el Hospital tras la intervención, y que se le diera el alta sin practicarle las pruebas oportunas, viéndose obligada a trasladarlo a Murcia. También considera incorrectos tanto la intervención quirúrgica que se le practicó como el tratamiento posterior hasta el 23 de agosto.

En definitiva, las alegaciones por anormal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios implicados en la atención el hijo de la reclamante son de dos tipos: a) retraso diagnóstico, ya sea por la omisión de pruebas diagnósticas que considera necesarias u oportunas, ya porque los facultativos fueron incapaces de alcanzar un juicio clínico acertado con las efectivamente practicadas; y b) indebida aplicación de medidas terapéuticas (intervención quirúrgica y tratamiento posterior) tendentes a la curación del enfermo.

Dichas cuestiones aparecen íntimamente relacionadas con el criterio jurisprudencial de la "lex artis". Ésta 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"*.

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la "lex artis", que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la normopraxis venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica, o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico (por todas, STS, Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999).

Descrita a grandes rasgos la doctrina relativa a la *lex artis*, habremos de acudir al expediente para desvelar en qué medida la actuación de los profesionales intervinientes se adecuó a dicho estándar.

La valoración de dicha actuación y en qué medida, antes del momento en que se alcanza el diagnóstico de apendicitis, primero, y de adherencias intestinales, después, podía ya haberse identificado la verdadera naturaleza de la dolencia que presentaba el paciente, bien con las técnicas exploratorias utilizadas bien mediante la realización de pruebas adicionales de diagnóstico, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos obrantes en el expediente -el especial valor probatorio de estas pericias en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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-.

De los informes que, traídos al procedimiento por la Administración y la aseguradora de ésta, efectúan un juicio acerca de la asistencia prestada al niño, se extraen las siguientes consideraciones:

a) La apendicitis aguda se caracteriza por un dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha, que suele cursar con leucocitosis, desviación a la izquierda de la fórmula leucocitaria y elevación de la PCR. Otros síntomas, como diarrea o estreñimiento son comunes a otras enfermedades más comunes como la gastroenteritis aguda.

En las dos primeras asistencias en Urgencias el 4 de agosto, el paciente no presentaba signos claros de apendicitis, pues tenía el abdomen blando, no había distensión abdominal ni signos de peritonismo y las maniobras apendiculares (signo de Blumberg) fueron negativas. Los análisis de la segunda asistencia del día 4 mostraron leucocitosis con desviación izquierda, si bien otros datos no apoyaron lo suficiente la sospecha para un diagnóstico claro (Inspección Médica).

Con el paso de las horas, el cuadro se agrava y la sintomatología se hace más clara, pudiendo alcanzar el diagnóstico correcto. Así, el día 5 de agosto, el paciente muestra abdomen doloroso con defensa a la palpación, se decide efectuar una ecografía abdominal que revela la existencia de una apendicitis aguda. El eventual retraso de 24 horas en alcanzar el diagnóstico correcto no influye en la evolución del enfermo ni en la aparición de las complicaciones que más adelante se describen (perito de la aseguradora).

La intervención quirúrgica estaba indicada y se hizo de forma adecuada, encontrándose una apendicitis aguda gangrenada con pus en la cavidad peritoneal. El tratamiento antimicrobiano posterior con antibióticos de amplio espectro que se pautó fue asimismo correcto.

Las complicaciones que sufrió con posterioridad, esto es, absceso intraabdominal y peritonitis plástica con formación de bridas o adherencias en las asas del intestino delgado, que dan lugar a un cuadro obstructivo, son típicas, imprevisibles e inevitables, según el perito de la aseguradora. Su resección quirúrgica, según este mismo facultativo, era necesaria y así se hizo.

En cuanto a la detección de la complicación, nada hay en el expediente que permita sospechar que existiera de modo inmediatamente posterior a la apendicectomía y que no fuera diagnosticada a pesar de ello. De conformidad con los informes de la Inspección Médica y del perito de la aseguradora, los abscesos y adherencias pueden producirse tanto de forma inmediata tras la intervención, como días después, y así ocurrió en el supuesto sometido a consulta, en que apareció 18 días después de ella. Entre ésta y el diagnóstico de la complicación intestinal se realizaron ecografías al paciente en fechas 13 (se observa mínima colección de líquido entre asas en fosa ilíaca derecha, pero no se aprecia imagen de colección intraabdominal), 18 (asas de intestino dilatadas con líquido en su interior y movimientos peristálticos, así como pequeña-moderada cantidad de líquido entre asas. No colecciones), 19 (en la Arrixaca, engrosamiento difuso de pared en asas de delgado y peristalsis conservada. En pelvis menor se observa un conjunto de asas agrupadas con peristaltismo disminuido. No líquido libre ni colecciones) y 23 de agosto (colección en hipogastrio a nivel retrovesical). Este último día se realiza, además, TAC pélvica que confirma el hallazgo ecográfico, al desvelar la presencia de una colección líquida anterior al recto, compatible con absceso, y una importante distensión de asas intestinales con contenido líquido. El 24 de agosto se opera al paciente por segunda vez.

A la vista de estos datos, la Inspección Médica concluye que las intervenciones sucesivas de los servicios sanitarios *"han tratado las complicaciones que han surgido en el momento adecuado"*, de donde cabe inferir que considera que no hubo retraso diagnóstico en la detección de la patología original ni de la complicación postquirúrgica, y que las intervenciones fueron adecuadas, como asimismo confirma el perito de la aseguradora.

Frente a la positiva valoración médica de la asistencia prestada no puede prevalecer la mera opinión de la reclamante, huérfana del apoyo técnico que requeriría para poder determinar la existencia de una eventual mala praxis médica, y que, de conformidad con el artículo 217 LEC y en atención a la distribución de la carga de la prueba que de él se deriva,

aquella debería haber aportado al procedimiento.

Cabe concluir, en definitiva, que no consta acreditado que en la atención prestada al hijo de la reclamante se incurriera en actuación contraria a normopraxis, lo que impide afirmar la existencia de nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño alegado, cuyo origen ha de buscarse en la propia enfermedad del paciente, lo que a su vez excluye su antijuridicidad.

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

## CONCLUSIÓN

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación en la medida en que no aprecia la concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.