Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **342/2014**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de diciembre de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excma. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 25 de abril de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **129/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 16 de abril de 2014 y por medio de abogado, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración regional por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud (SMS).

Relata el reclamante que, el 26 de enero de 2012, fue intervenido en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA) de sustitución de válvula aórtica, implantándole una prótesis mecánica. Se inició tratamiento con Sintron 2 mg. al día, con control de INR (índice internacional normalizado para tiempo de protrombina) en su centro de salud.

En fecha 2 de febrero de 2012 fue dado de alta hospitalaria. Para control de anticoagulación fue derivado al Servicio de Hematología del Hospital General Universitario "Morales Meseguer", donde se fijó un INR diana de 3 (entre 2,5 y 3,5).

Este tipo de válvula, según manifiesta el reclamante, requiere la indicación de anticoagulación y antiagregación durante los primeros 4-5 meses con la intención de mantener un INR de 3 (entre 2,5 y 3,5).

El paciente comienza con los controles de INR desde el 6 de febrero de 2012. El 18 de abril se observa un INR de 2,30, por debajo de lo aconsejado, a pesar de lo cual no se modificó la dosis de Sintrom con el fin normalizar el INR y se le dio cita para el 30 de mayo siguiente.

Sin embargo, el 9 de mayo hubo de acudir a Urgencias del Hospital "Morales Meseguer" al notar pérdida de visión en el ojo derecho. Se diagnosticó de pérdida de agudeza visual en ese ojo y se le dio cita para la mañana siguiente en el Servicio de Oftalmología, diagnosticándose una embolia de la arteria central de la retina del ojo derecho.

El oftalmólogo se puso en contacto con Hematología, que le confirmó que los datos de INR del 18 de abril eran demasiados bajos, al igual que la dosis de Sintrom, procediéndose al adelanto de la cita para el día 17 de mayo de 2012.

En el momento de presentar la reclamación, el paciente no ha recuperado la visión de su ojo derecho.

Para el reclamante, un deficiente control permitió que el INR estuviera fuera del rango terapéutico, generando un riesgo de enfermedad cardioembólica, señalando al defectuoso control de Sintrom como causa de la embolia que le dejó sin visión en el ojo derecho, siendo un riesgo previsible y evitable.

Solicita una indemnización total por lesiones permanentes, incapacidad permanente parcial e incapacidad temporal de 77.123,41 euros.

Como medios de prueba solicita que se incorpore al expediente la historia clínica obrante en el Hospital "Morales Meseguer" y copia de los controles del tratamiento anticoagulante realizados en la Sección de Hemostasia de dicho Hospital.

Junto a la reclamación aporta copia de poder notarial otorgado en favor del Letrado actuante y diversa documentación clínica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS, se ordena su instrucción al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar al interesado la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo, da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS, al tiempo que recaba del Hospital "Morales Meseguer" de Murcia, copia de la historia clínica, de los controles de INR realizados al paciente por la Sección de Hemostasia e informe de los facultativos que le prestaron la asistencia por la que reclama.

También se solicita copia de la historia clínica del paciente e informes de los profesionales al HUVA.

TERCERO.- Remitida la documentación solicitada, constan los siguientes informes de los facultativos actuantes:

- El del cirujano del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUVA, que practicó la intervención de sustitución valvular:

"*El paciente x, n.h.c. -- fue intervenido de S.V.Ao. por prótesis mecánica el día 26-1-2012. Tras un postoperatorio correcto fue dado de alta con tratamiento anticoagulante con Sintrom el día 2-2-2012, debiendo seguir controles de anticoagulación en su Hospital de referencia (Hospital General Universitario Morales Meseguer). Las guías de anticoagulación en pacientes portadores de válvulas aórticas mecánicas recomiendan tratamiento con anticoagulación (no con antiagregación asociada) para mantener INR (índice internacional normalizado para el tiempo de protrombina, entre 2,5-3,5). El primer control de INR (6-2-2012) fue de 3,57*".

- El del oftalmólogo del Hospital "Morales Meseguer":

"*Paciente atendido de urgencias por disminución aguda de la visión en ojo derecho. Fue remitido a consultas externas para valoración el 22/Junio/2012 objetivándose edema isquémico en área macular ojo derecho secundaria a embolia de la arteria central de la retina, siendo la agudeza visual, de percepción de luz.*

El enfermo rechazó ser atendido en consultas para valoración de su estado actual tras cita telefónica el día 22 de julio de 2013".

- El de la Sección de Hemostasia del Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital "Morales Meseguer":

"*El paciente inició tratamiento anticoagulante oral en nuestra unidad el 06/01/2012* (sic, en realidad fue el 6 de febrero) *siendo referido desde el Servicio de Cirugía Cardiaca tras implantarle una prótesis aórtica Carbomedics n° 21. El paciente no tenía factores de riesgo adicionales (no fibrilación auricular ni eventos tromboembólicos previos) y su estado funcional era de clase NYHA I sobre IV.*

Según las guías de manejo de pacientes con patología valvular cardiaca de la Sociedad Europea de Cardiología, publicadas en 2012 (Eur Heart J 2012; 33:2451-96) a las cuales se adscribe la Sociedad Española de Cardiología, el INR diana para este tipo de pacientes es de 2,5 (rango 2-3). El INR diana se subió a 3 tras sufrir el paciente el episodio trombótico en el ojo derecho.

En relación con la solicitud de los calendarios de anticoagulación, tenemos que referir, que al cambiar el rango de INR de 2,5 a 3,5 en la fecha 10/05/2012, dicho dato queda incorporado en los datos del paciente, eliminándose la información previa en el programa informático, de tal forma, que al imprimir cualquier calendario del paciente, sea cual sea la fecha, el rango que sale impreso es 2,5-3,5, no pudiéndose recuperar la información inicial.

En el mes de octubre del 2012 se procedió al cambio del programa informático de control de tratamiento

anticoagulante. Esta nueva versión sí permite registrar cambios en la historia clínica del paciente".

CUARTO.- Solicitado el 8 de octubre de 2013, informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica), no consta que haya sido evacuado.

QUINTO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe pericial emitido por una especialista en Medicina Interna, que alcanza las siguientes conclusiones:

"*1. Los criterios de anticoagulación han sido correctos para el tratamiento posterior a la implantación de una prótesis aórtica mecánica, y se ha realizado un adecuado seguimiento por parte del Servicio de Hematología del Hospital Morales Meseguer de Murcia.*

2. A pesar de un correcto nivel de anticoagulación, está descrito que existe una probabilidad del 2% anual de desarrollar un evento embólico, como en el caso de x. Este episodio embólico ha consistido en una obstrucción de la arteria central de la retina, con la desafortunada consecuencia de pérdida de agudeza visual en el ojo derecho. Aunque este hecho es lamentable, no puede ser imputado a un mal control de la anticoagulación, ya que el mismo día de la pérdida súbita de visión, el paciente presentaba un INR por encima del objetivo de 2,5 (2,53).

3. Además de presentar un INR correcto el día del evento embólico, los controles desde el 27/02/2012 fueron correctos y dentro del rango terapéutico establecido por la Sociedad Europea de Cardiología.

CONCLUSIÓN FINAL

Por la documentación examinada, podemos establecer que la atención prestada, al paciente x fue acorde a la Lex Artis ad hoc".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, comparece el actor y presenta escrito de alegaciones en el que se limita a ratificarse en su pretensión inicial.

SÉPTIMO.- Con fecha 4 de abril de 2014, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco se ha acreditado, dado que no se advierte en la asistencia sanitaria prestada al paciente actuación u omisión alguna contraria a normopraxis.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados 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 25 de abril de 2014.

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.

I. Cuando de la reclamación de daños físicos se trata, la legitimación activa reside de forma primaria en quien los sufre en su persona, a quien resulta obligado reconocer la condición de interesado para su reclamación ex artículo 31.1 y 139 y ss LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional en cuanto titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento pretende imputarse el daño.

II. Datando la pérdida de visión por la que se reclama del 9 de mayo de 2012, la acción resarcitoria ejercitada el 16 de abril de 2013 sería temporánea, al no haber transcurrido en esa fecha el plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo en lo referente a su duración, pues ya se ha excedido en mucho el plazo máximo de seis meses establecido por el artículo 13 RRP.

Consta, asimismo, que por la instrucción se recabó el informe de la Inspección Médica, el cual no ha llegado a ser evacuado. Coincide el Consejo Jurídico con la propuesta de resolución en que obran en el expediente suficientes elementos de juicio para poder adoptar una decisión técnicamente fundada en el presente procedimiento, conforme a nuestra doctrina expresada, entre otros, en Dictamen 193/2012, lo que posibilita resolver el procedimiento sin esperar a la evacuación del aludido informe inspector.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

La responsabilidad patrimonial exigida 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.

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

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.

b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) 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 sanitaria que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultados, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la asistencia del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado de la misma, una obligación de desplegar adecuadamente los medios y recursos disponibles, lo que requiere un juicio valorativo acerca del estándar de disponibilidad de dichos medios y su aplicación a las circunstancias del caso de que se trate.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

Además, en la determinación del nexo causal y la antijuridicidad del daño deviene esencial la aplicación del 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 y sirve también como criterio delimitador de la obligación de medios que, como ya hemos indicado, incumbe a la Administración, pues aquélla no supone que, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas y terapéuticas, 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 (por todas, STS, Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999).

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario.

Para el reclamante, la pérdida de visión sufrida en su ojo derecho tiene su causa en un deficiente control del INR durante los meses siguientes a la intervención de recambio valvular aórtico, que permitió que dicho índice se mantuviera en niveles inferiores al óptimo sin reajustar la dosis de anticoagulante, poniendo al paciente en situación de riesgo de sufrir un accidente embólico como el que finalmente se produjo.

En los términos en que se plantea la reclamación, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios, pues considera el reclamante que un seguimiento más exhaustivo y el consiguiente reajuste de la medicación antitrombótica habrían evitado la embolia arterial de su ojo derecho.

Dichas cuestiones aparecen íntimamente ligadas a la *lex artis*. Ésta, como se ha dicho, 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*". Esta doctrina sigue hoy plenamente vigente, como recoge la STS, 3ª, de 2 de noviembre de 2011.

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* (...) (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*".

Así, sólo en el caso de que se produzca 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 asistencia sanitaria permite delimitar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no sólo porque exista lesión 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 intervenciones en centros sanitarios públicos, que no pudieran evitar la muerte de un paciente o la producción de lesiones permanentes, aun cuando toda la actuación médica hubiera sido realizada conforme a los dictados de la ciencia médica.

En el supuesto sometido a consulta, la determinación de si el sometimiento de la coagulación del paciente a una vigilancia más exhaustiva era exigible y si las pautas terapéuticas de la medicación eran las adecuadas en atención a las circunstancias presentes en la evolución del estado del enfermo, se convierten en cuestiones esenciales en orden a calificar el daño sufrido como antijurídico y para poder dilucidar si existe o no nexo causal entre el perjuicio alegado y la actuación pretendidamente omisiva de la Administración.

Tales determinaciones concretas, así como la más general de si la asistencia sanitaria se ajustó 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 (LEC)-, 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 cualidad 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.

En el supuesto sometido a consulta, ya hemos apuntado que no consta en el expediente ni el informe de la Inspección ni una pericial de la parte actora que apoye sus alegaciones de mala praxis, aunque sí existe un análisis valorativo a la luz de la *lex artis* de las actuaciones desarrolladas por el Servicio de Hematología del Hospital "Morales Meseguer" para el control de coagulación, que realiza una especialista en Medicina Interna en pericia aportada al procedimiento por la aseguradora del SMS. Así, el expediente muestra dos pronunciamientos técnicos en relación con la asistencia sanitaria prestada al familiar de los reclamantes: el del Servicio responsable de dicha asistencia y el unido al procedimiento por la aseguradora del SMS, siendo sus apreciaciones técnicas, contrastadas con los hechos y circunstancias que se desprenden del expediente, las que habrán de guiar la determinación de la existencia o no de responsabilidad patrimonial. Y ambos coinciden en señalar que el seguimiento del paciente y las dosis de medicación pautadas en cada momento fueron las adecuadas y las que demandaban las circunstancias, sin que se advierta actuación o decisión facultativa, por acción u omisión, contraria a la *lex artis*.

Así, el riesgo embólico asociado a la implantación de una válvula aórtica metálica debía ser combatido y prevenido mediante la administración de medicación anticoagulante, que permitiera mantener el índice normalizado de protrombina o INR dentro de los rangos adecuados. La determinación de dicho nivel varía en función de dos criterios fundamentalmente, a saber, la trombogenicidad de la prótesis implantada y los factores de riesgo adicionales presentes en el paciente.

De conformidad con el informe de la Sección de Hemostasia (folio 57 del expediente), el enfermo no presentaba factores de riesgo adicionales. Además, la prótesis utilizada era de baja trombogenicidad, por lo que el nivel diana (expresado en términos medios y no como rango máximo y mínimo) en el que debía mantenerse el INR era de 2,5, conforme a las indicaciones de la Sociedad Española de Cardiología, que recoge el informe pericial de la aseguradora. Así lo indica también el informe de la antedicha Sección de Hemostasia, por referencia a las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología.

El paciente comenzó el control del INR el 6 de febrero de 2012, apenas unos días después de la operación (el 26 de enero). Durante el primer mes del postoperatorio los niveles estaban por debajo de los óptimos (2,0), por lo que se fue controlando semanalmente y variando la dosis de warfarina hasta conseguir niveles adecuados, lo cual se consigue el 27 de febrero (INR de 2,9) y se pautan controles mensuales. El 20 de marzo el INR es de 3,5, por lo que se disminuye la dosis de anticoagulante.

El siguiente control, el 18 de abril, muestra un INR de 2,3, cifra que la perito de la aseguradora interpreta de la siguiente forma: "*se encuentra dentro del rango adecuado y más cerca de 2,5 que del límite inferior del rango 2,0, por lo que es adecuado no modificar la dosis de warfarina*".

Cuando el 9 de mayo se produce el accidente tromboembólico que le cuesta la visión de su ojo derecho, el paciente presentaba un INR de 2,53, esto es, superior al nivel óptimo, que era de 2,50. Si a ello se une que, según la indicada perito, "*la secuencia del control del INR fue adecuada en cuanto a frecuencia desde el inicio del tratamiento y en cuanto a nivel del INR desde el día 27 de febrero de 2012 hasta la fecha del evento embólico 75 días después*", ha de concluirse que la embolia de la arteria central del ojo derecho del paciente "*no puede ser imputada a un mal control de la anticoagulación, ya que el mismo día de la pérdida súbita de visión, el paciente presentaba un INR por encima del objetivo de 2,5 (2,53)*", y que "*además de presentar un INR correcto el día del evento embólico, los controles desde el 27/02/2012 fueron correctos y dentro del rango terapéutico establecido por la Sociedad Europea de Cardiología*".

Frente a las anteriores consideraciones técnicas que no aprecian conductas u omisiones contrarias a normopraxis en la atención sanitaria prestada al paciente no pueden prevalecer las meras alegaciones del actor, huérfanas del necesario sustento probatorio y que, dadas las cuestiones sobre las que habría de practicarse tal prueba no habría de ser otra que la pericial. En ausencia de acreditación de mala praxis por la parte actora, a quien corresponde la carga de su prueba conforme al clásico aforismo "*onus probandi ei qui agit incumbit*" y hoy positivizado en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no puede considerarse que el daño reclamado tenga su origen en la asistencia sanitaria prestada al interesado, ni que aquél sea antijurídico, por lo que procede desestimar la reclamación.

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 al no concurrir todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño alegado, cuya antijuridicidad no ha quedado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.