



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **248/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 24 de septiembre de 2018, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 9 de abril de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **75/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 7 de enero de 2016, x, en nombre de su hija x, presenta una reclamación por los perjuicios causados por el mal diagnóstico clínico de su enfermedad, debiendo ser operada de urgencia tras cinco años de consultas (folio 3 expte.).

Solicitada la subsanación de la solicitud, el 11 de febrero de 2016 x (en adelante, la reclamante), en su propio nombre, formula reclamación (folios 5 a 24 expte.) por los daños causados (pérdida de trabajo) por el retraso de cinco años en el diagnóstico de una hernia de disco C3-C4 posterior izquierda, que tuvo que ser operada de urgencias al considerar su estado de gravedad.

Acompaña a la reclamación diversa documentación médica.

La reclamante cuantifica la indemnización en 12.000 euros por daños físicos y psicológicos, calculada por el tiempo de recuperación que presume va a ser larga y el no saber en qué podrá trabajar después.

SEGUNDO.- Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 29 de febrero de 2016 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada a la reclamante el 16 de marzo siguiente (folios 25 y 26 expte.).

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I -Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA)-, a la Correduría -- a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de

Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (folios 27 a 29 expte.).

TERCERO.- Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales del HUCA ha emitido informe el Dr. x, Facultativo Jefe del Servicio de Traumatología (folio 32 expte.), y el Dr. x, Facultativo Jefe del Servicio de Neurocirugía (folio 33 expte.).

CUARTO.- La Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud ha aportado informe pericial del Dr. x, Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (folios 170 a 182 expte.).

QUINTO.- Con fecha 4 de enero de 2017 se otorgó trámite de audiencia a los interesados (folios 183 y 184 expte.), no constando que éstos hayan formulado alegaciones.

SEXTO.- La propuesta de resolución, de 20 de marzo de 2018 (folios 186 a 201 expte.), desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

SÉPTIMO.- Con fecha 9 de abril de 2018 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 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.- Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento

Administrativo Común (LPAC), ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP, Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a)), la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPACAP, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPACAP), no siendo el caso del sometido a Dictamen.

II. I. Por lo que se refiere a la legitimación activa la reclamante estaría legitimada para solicitar indemnización por los daños alegados, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

III. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 7 de marzo de 2016, antes del transcurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, ya que 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 caso que nos ocupa, se desconoce la fecha de determinación de las secuelas, puesto que en la reclamación no se hace referencia a este tema. No obstante, la hospitalización y posterior cirugía realizada a la reclamante tuvo lugar el día 21/12/15, mientras que la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpuso en fecha 7/01/16. Por tanto, se puede concluir que la reclamación se interpuso en el plazo legalmente establecido de un año.

IV. 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 el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho al previsto reglamentariamente en contra del principio de eficacia por el que se ha de regir el actuar administrativo (artículo 3 de la Ley 30/1992, ya citada).

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

I. 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.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, 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 STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que "*la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse*

dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación 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, 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.

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.- Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Considera la reclamante que como consecuencia de un retraso de cinco años en el diagnóstico de una hernia de disco C3-C4 posterior izquierda, tuvo que ser operada de urgencias al considerar su estado de gravedad. El hecho de no haber sido diagnosticada correctamente provocó que siguiera trabajando como monitora deportiva, trabajo que según los médicos ha sido lesivo y ha empeorado su espalda. Además, añade, que si le hubieran diagnosticado antes su patología habría dejado de trabajar y su espalda no habría empeorado tanto.

Por ello, la interesada reclama por la tardanza producida en la intervención quirúrgica, lo cual le ocasionó un

sufrimiento innecesario.

Frente a tales imputaciones, la propuesta de resolución sometida a Dictamen, sustentada en la historia clínica y los informes que se han aportado por los facultativos intervinientes y la compañía de seguros del Servicio Murciano de Salud, alcanza la conclusión de que no ha existido una actuación sanitaria contraria a la *lex artis* en el tratamiento de la reclamante.

No aporta la reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga la negligencia médica, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *"Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

Y, en concreto, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria, adquiere especial valor probatorio la prueba pericial médica, como así ha puesto de manifiesto la Sala 3ª del Tribunal Supremo en numerosas ocasiones, como en su sentencia de 1 de marzo de 1999 (recurso 7980/1994).

No habiendo aportado la reclamante ningún informe pericial médico, tendremos que acudir a los obrantes en el expediente; y, así:

1º. El informe del Dr. x, Facultativo Jefe del Servicio de Traumatología del HUVA, explica que:

"En relación con la reclamación de la paciente x, infórmale que la paciente fue tratada el 25 de noviembre de 2010 por cervicalgia presentando en el estudio con RM cambios degenerativos C3-C4 y se le instauró tratamiento médico sintomático.

En el año 2013 se aprecia tras nueva RM, degeneración discal cervical afectando a C3-C4 y C4-C5, C5-C6 y C6-C7 además de afectación discal lumbar con discopatía L4-L5 y L5-S1.

El 11 de julio de 2015 fue vista en urgencias por lumbalgia y cervicalgia sin afectación neurológica.

El 15 de julio de 2015 fue vista en consulta y se le prescribió una nueva RM de columna cervical y lumbar. Sin apreciarse afectación neurológica.

El 09.09.2015 se valora en consulta tras presentar cervicalgia con alteraciones motoras en el miembro superior izquierdo y parestesias en ambos miembros superiores por lo que se realizó una interconsulta al Servicio de Neurocirugía para valoración de tt quirúrgico. Intervención que se realizó el 23.12.2015.

En ninguna de las revisiones anteriores se apreció signos clínicos de afectación medular.

El proceso que sufre la paciente es una espondilosis generalizada, que afecta a múltiples discos cervical y lumbar. Proceso.

El tratamiento de esta patología es fundamentalmente fisioterápico y médico en fases agudas y solo cuando existe déficit motor o datos clínicos de afectación medular, se procede al tratamiento quirúrgico".

2º. Por su parte, el Informe suscrito por el Dr. x, Facultativo Jefe del Servicio de Neurocirugía del HUVA, concluye que:

"La paciente reclama que habiendo acudido desde 5 años atrás a los Servicios Sanitarios con dolores cervicales y mareos, junto a síntomas sensitivos en ambas manos y habiendo sido diagnosticada de cambios degenerativos en el disco C3-C4, no es intervenida hasta diciembre 2015. Según la paciente los años transcurridos van a condicionar una recuperación larga con pérdida de su trabajo. Todo ello causado por el fallo de manejo de su patología por el Sistema Sanitario.

Por parte del Servicio de Neurocirugía el primer conocimiento que tenemos de la paciente es el día 30/09/2015 a raíz de una hoja de interconsulta del Servicio de Traumatología. En ese momento nosotros encontramos manifestaciones clínicas claras de fallo de función medular incipiente y también evidenciamos en una RM reciente estrechez del canal medular cervical a nivel C3-C4. La paciente pasa su consulta de Preanestesia y se interviene el 21/12/2015. La última referencia que tenemos de ella es una consulta el día 16/01/2016.

Nuestra actuación es el manejo habitual en pacientes que presentan compresión medular cervical y se ha tenido en todo momento a las normas establecidas en nuestra especialidad. En ningún momento hemos tenido complicaciones postquirúrgicas ni empeoramiento de la mielopatía antes de la intervención quirúrgica.

Es muy complejo que podamos dar una opinión pericial respecto a sí la actitud de los especialistas que previamente observaron a la paciente era la correcta o no. Solo queremos hacer notar que tomar decisiones de intervenir a una paciente tan joven de una compresión medular cervical es un acto médico muy complejo que se basa en criterios fundamentalmente clínicos de déficit motor y alteración en la deambulación, así como de exploración patológica de la vía piramidal. También se apoyan en exploraciones neuroradiológicas que son complementarias a la clínica. En el relato cronológico que la paciente realiza en su reclamación observamos que la paciente ha sido revisada en todo momento por la Unidad de Raquis de Traumatología y que a pesar de que sí que refiere sintomatología dolorosa, en ningún momento se recogen signos clínicos de afectación medular. Por todo ello nos resulta imposible determinar que la paciente tuviera clínica de compresión medular desde hace 5 años".

3º. El informe pericial realizado por el Dr. x, especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, aportado por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, en su apartado IV.-ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA, expone:

"La paciente fue atendida y estudiada durante todo el tiempo que refería sintomatología, pero sin presentar en ningún momento lesiones importantes ni preocupantes, ni mucho menos con indicación de reposo. La profesión de monitorea física favorece que desarrolle buena musculatura que es uno de los principales objetivos de los tratamientos conservadores.

Se realizaron Resonancias Magnéticas seriadas sin que en ninguna se presentaran lesiones alarmantes ni hernias voluminosas ni alteraciones de la señal de la médula espinal que orientaran al riesgo de lesión neurológica.

Cuando la paciente fue valorada el 9-09-2015 tras presentar cervicalgias con alteraciones motoras en el miembro superior izquierdo y parestesias en ambos miembros superiores, la última Resonancia Magnética presentaba un cordón medular de morfología y señal normal sin evidencia de imágenes que sugieran mielopatía. No obstante, la presencia de unas incipientes manifestaciones neurológicas llevó a que se realizara una interconsulta al Servicio de Neurocirugía para valoración de posibilidad quirúrgica.

Según informe del 07-04-2016 del Dr. x, Jefe de Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por parte del Servicio de Neurocirugía el primer conocimiento que se tiene de la paciente es el día 30/09/2015 a raíz de una hoja de interconsulta del Servicio de Traumatología. En ese momento se encuentran manifestaciones clínicas claras de fallo de función medular incipiente y también evidenciamos en una RM reciente estrechez del canal medular cervical a nivel de C3-C4.

En el informe previo a la cirugía se considera también una lesión incipiente y nada urgente, haciendo la solicitud de cirugía con una prioridad 3.

Según el ANEXO III del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, que regula el establecimiento de prioridades para inclusión en lista de espera, se distingue:

Prioridades para indicación quirúrgica.

a.- Prioridad 1; pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.

b.- Prioridad 2: pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.

c.- Prioridad 3: pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes.

La paciente fue operada en un plazo razonable para la patología incipiente que presentaba recuperándose adecuadamente de su sintomatología tras la intervención".

Por todo ello el informe concluye afirmando:

1.- La paciente recibió un adecuado estudio diagnóstico y tratamiento de acuerdo con la sintomatología y las lesiones que presentaba, realizándose los estudios pertinentes e indicando con fundamento clínico, radiográfico y de resonancia magnética los tratamientos pertinentes.

2.- Las indicaciones realizadas fueron extremadamente cuidadosas y prudentes, como refiere el historial de atención primaria, cumpliendo todos los pasos de derivaciones e interconsultas que fueron necesarias.

3.- La presentación de una incipiente alteración neurológica llevó a actuar con celeridad y prontitud tanto en la realización de estudios como en la intervención quirúrgica reparadora en previsión de complicaciones mayores.

4.- A la paciente se le proporcionó información suficiente, firmando el consentimiento informado de haber tenido ocasión de solucionar sus dudas y recibir la información que precisara.

5.- La realización de ejercicio físico es beneficiosa para la columna vertebral, por lo que no hay indicación de restringirlo ni evitarlo en caso de lesiones degenerativas como las presentadas por la joven paciente.

6.- Y última: Tanto los tratamientos iniciales como las interconsultas y derivaciones a especialistas pueden considerarse como exquisitos y adecuados a la ciencia y al conocimiento actual, es decir, la praxis ha sido totalmente correcta y adecuada a lex artis ad hoc, debiéndose reconocer que la paciente ha recibido la mejor atención posible y necesaria en todo momento y sin ninguna pérdida de oportunidad.

CONCLUSIÓN FINAL

No se reconoce actuación contraria a la práctica médica habitual. Tanto las revisiones como los tratamientos fueron las indicadas, y se realizaron a la paciente las técnicas de estudio más adecuadas. Del mismo modo, en la actuación frente a la presencia de sintomatología neurológica no puede considerarse que en ningún momento de la atención a la paciente existiera pérdida de oportunidad ni falta de habilidad y diligencia.

Por tanto, el manejo de la patología de la paciente puede considerarse como exquisita y adecuada a la ciencia y al conocimiento actual, ofertando a la paciente la mejor solución posible en cada problema incluyendo el seguimiento ambulatorio de una sintomatología desfavorable, la realización de Resonancia y el tratamiento de las complicaciones.

El trato y consideración hacia la paciente pueden considerarse como exquisitos y adecuados a la ciencia y al

conocimiento actual, es decir, la praxis ha sido totalmente correcta y adecuada a lex artis ad hoc, debiéndose reconocer que la paciente ha recibido la mejor atención posible y necesaria en todo momento, aportándosele siempre toda la información que solicitase".

De acuerdo con lo expuesto, coincidimos con la propuesta de resolución en que no se ha acreditado en el procedimiento que existiera una actuación sanitaria contraria a la *lex artis*, por lo que no podemos apreciar que exista una relación de causalidad adecuada y suficiente entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio sanitario regional, no procediendo la estimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al no resultar acreditados los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.

