



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 8 / 2 0 1 7

(Sección 2ª)

La Laguna, a 1 de febrero de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.M.C. e I.A.R., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 476/2016 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la propuesta de resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por A.M.C. e I.A.R. en solicitud de una indemnización por las lesiones que, según alegan, que les ha irrogado la asistencia sanitaria prestada en relación con su fallecido hijo I.A.M. por los facultativos del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, dependiente del SCS.

2. Los interesados no han cuantificado la indemnización que solicitan, a pesar de que el SCS los requirió para ello. A lo largo de la tramitación del procedimiento no han concretado la cuantía de la indemnización, ni siquiera en el trámite de audiencia. Sin embargo, la Administración ha solicitado el presente Dictamen, por lo que se ha de presumir que valora que el importe de la indemnización supera los seis mil euros. Esta cuantía determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución final es competencia del Director del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

5. De acuerdo con la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima, de la citada Ley 39/2015, de 1 de octubre, el presente procedimiento se rige por el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Conforme al art. 13.3 RPAPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado; sin embargo esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-LPAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan, por lo que no se ha incurrido en irregularidades procedimentales que obsten a un Dictamen de fondo.

II

1. En el escrito de reclamación como fundamento de la pretensión, se alega lo siguiente:

«El pasado 4 de mayo de 2011, tras el embarazo seguido y controlado por los servicios de ginecología y obstetricia del Servicio Canario de la Salud, nació en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias el menor de nombre I.A.M.

(...)

Tras el nacimiento del bebé se constató que el mismo padecía trisomía 21 más conocida como "síndrome de Down" (...) Igualmente, se confirmó, aunque no en el mismo grado del diagnóstico prenatal, la existencia de una patología del aparato digestivo en el bebé, concretamente atresia esofágica.

La existencia de la trisomía 21 en el bebé no fue detectada durante el embarazo. La primera noticia en torno a la existencia de la misma tiene lugar poco antes del alumbramiento, el mismo día, en el Centro Universitario Materno Infantil, con fecha 4 de mayo de 2011.

Ni se detectó dicha anomalía genética durante el embarazo, ni se facilitó a los padres del menor cumplida información de los factores de riesgo concurrentes. Por tanto las pruebas diagnósticas prenatales no fueron debidamente interpretadas, lo que desembocó en una errónea valoración de los porcentajes de cribado, ni fueron correctamente valorados los factores de riesgo concurrentes. Tampoco fueron informados los padres del menor de las consecuencias que podría tener la combinación de riesgos peculiares del caso ni de que influencia podrían tener los mismos en las anomalías o problemas que pudiera tener el bebé. Tampoco fue debidamente interpretada la patología del aparato digestivo del menor.

Se han producido, por tanto diversas anomalías en el seguimiento y control del embarazo así como en relación con el derecho de información del paciente reconocido por la legislación vigente, en particular la Ley General de Sanidad.

Todo ello ha generado, no ya la responsabilidad médica en cuanto al nacimiento del niño con la trisomía 21, algo que no constituye en sí negligencia ni mala praxis alguna, sino ausencia absoluta de información y defectuosa realización y valoración de resultados de las pruebas diagnósticas indicadas y habituales en este tipo de embarazos, lo que en definitiva, generó la imposibilidad para los progenitores de valorar una hipotética interrupción voluntaria del embarazo (...).

Después de la presentación de su escrito de reclamación, el 1 de julio de 2013, se comunica por los reclamantes el fallecimiento del menor, aportando su certificado de defunción, ampliando su reclamación en los siguientes términos:

«Que en torno a su fallecimiento ha podido tener igualmente un supuesto de mala praxis médica por lo que solicito desde este acto que el presente expediente de exigencia de responsabilidad patrimonial se amplíe al fallecimiento de mi hijo ocurrido en fecha 27 de junio de 2012».

2. El Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias y Catedrático de dicha especialidad médica, remitiéndose a la Historia Clínica de la madre, emitió el siguiente informe:

«PUNTOS RELEVANTES DEL CASO

Segundigesta de 18 años de edad, con el antecedente de un aborto espontáneo anterior que ha sido controlada en su segunda gestación desde la 11 semana gestacional por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil. El resultado de su gestación fue un recién nacido de sexo masculino, de 2.070 gramos de peso y test de Apgar de 9/9. El recién nacido presentaba trisomía 21, síndrome de Down, y atresia esofágica.

DEMANDA

En el escrito de la demanda, se aduce mala praxis por inexistencia de diagnóstico prenatal y de la adecuada información a la paciente.

ATENCIÓN PRESTADA

En relación con la trisomía 21 se deberían considerar tres aspectos:

Si la gestante tenía factores de riesgo preconceptionales, es decir, antes de la gestación, para trisomía 21.

Si en el supuesto de no tener factores de riesgo para trisomía 21, se siguió el método de cribado de dicha anomalía preconizado por la práctica médica actual.

Si la gestante fue debidamente informada de todo ello.

En relación con la atresia esofágica, se deben considerar dos aspectos:

Si no se realizaron los esfuerzos adecuados para su diagnóstico.

Si no se informó a la gestante de forma adecuada.

TRISOMÍA 21

La paciente no presentaba factores de riesgo preconceptionales para trisomía 21, ya que tal como se expresa en la página 3 del protocolo "Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. Cribado de las anomalías cromosómica" de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Documento N° 1), los factores de riesgo preconceptionales para cromosopatías son: hijo previo con cromosopatía documentada, progenitor portador de una anomalía cromosómica (translocaciones equilibradas, translocaciones pericéntricas, fragilidad cromosómica, inversiones, etc.), edad materna igual o superior a 40 años.

Dada la ausencia de factores de riesgo preconceptionales para cromosopatía, se realizó cribado combinado del primer trimestre para cromosopatía, tal como preconiza la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en las páginas 8 y 9 del protocolo

mencionado en el punto anterior (Documento N° 1). En la página 10 del mismo protocolo, se menciona como indicación de prueba invasiva (biopsia codal o amniocentesis) un punto de corte de 1/250 y 1/300, de tal manera que habría que realizarla si el valor obtenido fuera inferior. Con A.M.C. se obtuvo un punto de corte de 1/455, por lo que no estaba indicado realizar prueba invasiva, lo que se refiere en la visita del día 18 de noviembre del año 2010 en la que la gestante tenía 13,6 semanas. (Página n° 4 del Documento n° 2, Control Prenatal).

La gestante fue debidamente informada de todo lo referente al riesgo de trisomía 21, tal como se expresa en la visita del día 18 de noviembre de 2010. En dicha visita se refiere "explico significación clínica. Decide nueva valoración en semana 20-22" (Página n° 4 del Documento n° 2, Control Prenatal). Se adjunta, como Documento N° 3 el impreso "INFORMACIÓN ACERCA DEL CRIBADO DEL SÍNDROME DE DOWN EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO", documento que se entrega a todas las gestantes para informarles adecuadamente del cribado del primer trimestre.

ATRESIA ESOFÁGICA

A lo largo de la gestación se realizaron más de ocho exploraciones ecográficas con el fin de confirmar o descartar la presencia de atresia esofágica. Se detalla la fecha y la edad gestacional de cada una de ellas.

09/1/2010, en la página número tres del el Documento n°2, control prenatal, se refiere, en la visita de la 12,4 semana gestacionales: "No se objetiva de forma clara cámara gástrica" en tres exploraciones consecutivas.

10/01/2011, en Diagnóstico Prenatal con 21 semanas y tres días no se identifica cámara gástrica en dos exploraciones separadas por 40 minutos. Se informa de que es necesario nueva valoración (Documento N° 5).

21/01/2011, en Diagnóstico Prenatal con 23 semanas no se objetiva cámara gástrica, sospecha de obstrucción de vía digestiva alta, sospecha de atresia de esófago. Se comenta con la paciente (Documento N° 6).

28/02/2011, en Diagnóstico Prenatal con 28 semanas y tres días persiste la sospecha de atresia esofágica. Se instruye a la paciente para acudir a urgencias en caso de dinámica, disnea o emisión de líquido amniótico (Documento N°7).

26/03/2011, en Urgencias Ginecológicas con 32,1 semanas de gestación. Se refiere atresia esofágica (Documento N° 8). Se ingresó a la paciente por amenaza de parto pretérmino. En la historia de ingreso, en la página n° 4 se refirió "ojo, alteración fetal con sospecha de atresia esofágica"; en el impreso de enfermería del mismo ingreso se refirió "sospecha de atresia esofágica". En el informe de alta se refirió igual diagnóstico (Documento N° 9).

14/04/2011 en la 34,6 semanas gestacionales se ingresó a la paciente con diagnóstico de sospecha de atresia de esófago para amniodrenaje, lo que se expresó al ingreso y en el informe de alta. (Documento N° 10).

27/04/2011, en la 36 semanas y cinco días, en Diagnóstico Prenatal, se refirió que no es posible identificar cámara gástrica y que se debe mostrar el informe al ingreso (Documento N°11),

03/05/2011, en la 37,4 semanas de gestación. La paciente ingresó para inducción del trabajo de parto. Se refirió el diagnóstico de atresia de esófago al ingreso, en el impreso de enfermería y en el informe de alta (Documento N° 12).

La paciente fue informada de todo ello en cada visita, tal como consta en los diferentes documentos aportados; además, antes de la realización de la ecografía de la 20-22 semanas las gestantes son informadas del valor diagnóstico y de las limitaciones de la exploración ecográfica de cribado de malformaciones, lo que se expresa en el consentimiento informado que se adjunta como Documento n° 4, que está firmado por A.M.C.

En conclusión, A.M.C. fue atendida de acuerdo con la *lex artis*, expresada en los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Se realizó el cribado de trisomía 21 en tiempo y forma adecuada y fue explorada e informada, en al menos ocho ocasiones, de la patología esofágica, que desafortunadamente, sufría su hijo».

3. En el documento de información sobre el cribado para la detección del síndrome de Down y que se entrega a las gestantes, se explica lo siguiente:

«Este sistema de cribado consiste en la medición mediante ecografía de la translucencia nucal del feto (engrosamiento tras la nuca) y posterior análisis de sangre materna donde se valoran dos proteínas llamadas proteína específica A asociada al embarazo (PAPP-A) y fracción β libre de la gonadotropina coriónica (f β -hCG). Por tanto constituye un procedimiento inocuo para la gestación.

Mediante un sistema informático que combina la edad materna, la medida de la translucencia nucal y los valores de las proteínas previamente citadas se obtiene un riesgo determinado de tener un hijo con síndrome de Down. Este riesgo siempre es estadístico y no nos permite conocer si realmente se trata de un feto con este síndrome o no, sino que nos orienta sobre si las posibilidades de síndrome de Down son elevadas.

En el caso de que el resultado del test combinado fuera superior al corte establecido, y por tanto las posibilidades esperadas fueran altas, nos pondríamos en contacto con usted en el plazo de días para explicarle estos resultados y ofrecerle una prueba diagnóstica definitiva, la amniocentesis, para el diagnóstico del síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas.

La amniocentesis consiste en la obtención del líquido amniótico para realizar el cariotipo fetal mediante una punción en el abdomen materno hasta alcanzar la cavidad uterina. Se

trata de una prueba que si bien permite el diagnóstico claro de este síndrome, no se puede ofertar a todas las gestantes ya que por ser un procedimiento invasivo supone un riesgo de pérdida del embarazo del 0,5%».

4. En el informe de la ecografía que se le realiza a la gestante el 21 de enero de 2011, a la 23 semana de embarazo, la facultativa hace constar:

«Paciente valorada hace una semana, pendiente de visualizar cámara gástrica. En este momento tampoco se objetiva la presencia de cámara gástrica fetal, dato que, asociado a la presencia de hidramnios moderado, nos hacen establecer el diagnóstico de sospecha de obstrucción de vía digestiva alta. No existen masas a nivel orofaríngeo, por lo que la sospecha es de atresia de esófago. Se comenta con la paciente que se debe confirmar el diagnóstico, bien prenatal en caso de persistir los hallazgos y progresar el cuadro de hidramnios, o, más frecuentemente, diagnóstico postnatal. La progresión del cuadro y el acúmulo de líquido amniótico puede ocasionar clínica respiratoria materna o incluso amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas. Puesto que en caso de confirmarse el diagnóstico, el cuadro es de solución quirúrgica, el peso fetal y la edad gestacional en el momento del nacimiento son muy importantes. Por tanto, en caso de presentar dicha clínica, debe acudir al servicio de urgencias. Se cita para nueva valoración».

5. A la embarazada se le realizó el cribado para la detección del síndrome de Down en el primer trimestre de embarazo como señalan los protocolos médicos. Esta prueba permite establecer el índice de riesgo de que el feto sufra el síndrome de Down. Este riesgo siempre es estadístico y no permite conocer si realmente se trata de un feto con este síndrome o no, sino que orienta sobre si las posibilidades de síndrome de Down son elevadas. Si el valor que proporciona el cribado es inferior a 1/250 y 1/300, entonces habría que practicar una amniocentesis para establecer o descartar la existencia del síndrome. Esta es una prueba invasiva que va acompañada del riesgo iatrogénico de provocar la pérdida del feto. Por esta razón, como explica el informe de la facultativa del Servicio de Inspección y Prestaciones, se realiza en aquellas gestantes con factores de riesgo preconceptionales para trisomía 21, los cuales son: Hijo previo con cromosopatía documentada, o afecto de malformación como por ejemplo cardíaca, progenitor portador de una anomalía cromosómica, edad materna igual o superior a 40 años.

La reclamante no presentaba estos factores de riesgo, era de 18 años de edad, y el cribado le dio un punto de corte de 1/455, por lo que no estaba indicado realizar una prueba invasiva como la amniocentesis, porque la probabilidad de que por su

práctica se malograra el feto era mucho mayor que la probabilidad de que sufriera el síndrome de Down.

6. Respecto a la atresia de esófago en los documentos de consentimiento informado que firmó la reclamante para la práctica de las ecografías se explica que esta técnica permite detectar anomalías morfológicas físicas y no de otra naturaleza, como las cromosómicas, bioquímicas, fisiológicas o genéticas. Que si bien permite detectar anomalías morfológicas fetales, la precisión del estudio ecográfico depende de la edad de gestación (más fiable alrededor de la vigésima semana), el tipo de anomalías (algunas tienen poca o nula expresividad ecográfica) de las condiciones de la gestante (obesidad, oligoamnios, etc.) que pueden dificultar la exploración y de la propia posición fetal. Que la sensibilidad media del diagnóstico ecográfico es del 56%. Que en algunos casos la detección será forzosamente tardía porque hay patologías que se originan o manifiestan en una etapa avanzada de la gestación, como es el caso de las anomalías digestivas.

7. En el caso de la reclamante, desde que la ecografía permitió establecer el 21 de enero de 2011, en la 23 semana de embarazo, la sospecha, que no certeza, de atresia de esófago se le informó de tal diagnóstico de sospecha.

8. Los reclamantes afirman que el fallecimiento del neonato se debió a la negligencia profesional de los facultativos que lo atendieron de sus múltiples y graves patologías que obligaron a repetidos ingresos hospitalarios y varias intervenciones quirúrgicas. Empero, los reclamantes, que actúan asistidos por abogado, no aportan ni proponen ninguna prueba médica que demuestre la veracidad de esta afirmación de hecho de carácter médico. Los detallados informes de los facultativos que atendieron al infortunado niño no dan pie a sospechar una mala práctica médica. El minucioso informe de la inspectora médica del Servicio de Inspección y Prestaciones que recoge la propuesta de resolución demuestra razonadamente que en la atención al niño no se infringió la *lex artis ad hoc*.

III

1. Como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los Dictámenes de este Consejo Consultivo sobre reclamaciones de la responsabilidad extracontractual por el funcionamiento del servicio público de la sanidad se ha de considerar, por un lado, que este servicio se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la

Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

De ahí que el criterio fundamental para establecer si los daños que se alegan han sido causados por la asistencia sanitaria pública y, por ende, son indemnizables estriba en si ésta se ha prestado conforme a la *lex artis ad hoc*, la cual se define como la actuación a la que deben ajustarse los profesionales de la Salud, mediante la adopción de cuantas medidas diagnósticas y terapéuticas conozca la ciencia médica y se hallen a su alcance. Si el daño se producido por una mala praxis profesional, entonces es antijurídico y se considera causado por el funcionamiento del servicio público de salud y en consecuencia surge para éste la obligación de repararlo.

En resumen, no poseen la cualidad de daños antijurídicos aquellos causados por la propia naturaleza e inevitables por la ciencia médica y, por ende, no son indemnizables según los arts. 139.1 y 141.1 LRJAP-PAC.

2. En el presente supuesto se realizó conforme al pertinente protocolo el cribado para la detección del síndrome de Down en el primer trimestre de embarazo. Que esta técnica no permita detectar al cien por cien todos los posibles casos de fetos afectados de trisomía 21, es una limitación del estado actual de los conocimientos médicos, que no puede ser calificada de negligencia profesional, como tampoco puede ser calificada de tal que los facultativos no hayan decidido practicarle una amniocentesis, porque el resultado del cribado, la joven edad de la madre y la inexistencia de factores de riesgo preconceptionales para trisomía 21 no imponían, al contrario, desaconsejaban, la práctica de esa prueba invasiva generadora de riesgo letal para el *nasciturus*.

La limitación de la ecografía para permitir establecer un diagnóstico de certeza de la atresia de esófago tampoco puede ser calificada de negligencia médica. Desde el momento en que se pudo establecer un diagnóstico de sospecha de ello se informó a la embarazada.

El art. 15, b) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, permite la interrupción del embarazo siempre no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas. El siguiente apartado c) de ese precepto permite la interrupción del embarazo allende el límite de las veintidós semanas de gestación cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico. Cuando se estableció el diagnóstico de sospecha de la atresia de esófago, la reclamante se hallaba en la veintitrés semana de gestación; por consiguiente, de la mencionada limitación de la ecografía para permitir establecer un diagnóstico de certeza de esa malformación congénita, no se puede derivar que una negligencia de los facultativos que la atendieron le privó de la oportunidad de optar por la interrupción voluntaria del embarazo.

En definitiva, el SCS prestó todos los medios adecuados para el seguimiento del embarazo de la madre y de la detección de anomalías fetales y los aplicó conforme a la *lex artis ad hoc*. Que no se hayan podido detectar a tiempo es consecuencia de la limitación en el estado actual de los conocimientos y técnicas médicas y no de una deficiente actuación profesional de los facultativos del SCS.

3. La afirmación de que el fallecimiento del neonato se debió a la negligencia profesional de los facultativos que lo atendieron no está respaldada por ningún

informe médico-pericial ni por ninguna otra prueba de carácter médico. Esta carencia de prueba obliga a la desestimación de la pretensión resarcitoria basada en tan grave afirmación; porque, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPRP (precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LPAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de de 20 de noviembre de 2012).

Por otro lado, los informes médicos obrantes en el expediente permiten descartar tajantemente la existencia de negligencia en la atención al pequeño.

C O N C L U S I Ó N

La propuesta de resolución desestimatoria de la pretensión resarcitoria es conforme a Derecho.