



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 7 7 / 2 0 2 1

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de octubre de 2021.

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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 440/2021 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 12 de agosto de 2021 (con registro de entrada en este Organismo el 2 de septiembre de 2021), se solicita dictamen de este Consejo Consultivo al objeto de examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La reclamante solicita una indemnización de 17.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero 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 con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación, además de la citada LPACAP, la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), la Ley 14/1986, de 25 de abril,

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

General de Sanidad, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante), titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (B.O.C., n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del SCS, se delega en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

6. En lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante ostenta la condición de interesada en el procedimiento al haber sufrido un daño económico por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

La legitimación pasiva le corresponde al SCS, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), toda vez que la reclamación se presenta el 13 de marzo de 2020, en relación con la asistencia sanitaria prestada a la paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI) el 8 de marzo de 2020.

II

1. El fundamento fáctico de la pretensión indemnizatoria descansa en el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial presentado, mediante el que la afectada alega:

«PRIMERO.- (...) acudió al Centro Hospitalario denominado “Hospital Insular” el día 8 de marzo de 2020 tras haber sufrido una caída desde su propia altura en su domicilio. Tras la exploración en el Servicio de Urgencias por parte de los facultativos y así como la realización de pruebas complementarias, esto es Radiografía, el personal de dicho servicio

decide que descartan patología ósea aguda y le dan el alta a domicilio con posterior control y seguimiento por su Médico de Atención Primaria, siendo el diagnóstico principal CONTUSIÓN EN HOMBRO y RODILLA. Se aporta copia de informe Clínico de Urgencias como DOCUMENTO NÚMERO UNO.

Dado que la que suscribe no está conforme con este diagnóstico, y todo ello porque sufre un dolor insoportable, decide ir al Servicio de Urgencias del Hospital (...) de forma particular, se aporta factura como DOCUMENTO NÚMERO DOS. Allí es atendida y nuevamente se le realiza una Radiografía, que curiosamente tiene como resultado lo siguiente:

-RX de rodilla izquierda 2P; PT de rodilla. Fractura espiroidea de 1/3 medio-distal de fémur izqdo. no desplazada posible aflojamiento de vástago femoral. Se aporta copia de la Radiografía como DOCUMENTO NÚMERO TRES.

Es cuanto menos curioso que en un período tan corto de tiempo, habiéndose realizado RX en ambos centros, el primero diga que solo tiene unas contusiones y sea otro el que diagnostique que la que suscribe tiene FRACTURA DE DIÁFISIS DE FÉMUR SOBRE PT DE RODILLA IZQUIERDA. Se aporta copia de Informe Clínico de Urgencias como DOCUMENTO NÚMERO CUATRO.

SEGUNDO. - A la vista de todo lo acaecido, la hija de la que suscribe se persona nuevamente en el centro hospitalario "HOSPITAL INSULAR" con el fin de que expliquen lo sucedido, siendo que la Doctora que la atendió, (...), Médico Residente de 1º Año, le pide disculpas por no darse cuenta ni ella ni los Responsables que firman el alta de esa fractura que claramente se ve en la Radiografía que obra en la historia clínica de (...) en dicho centro hospitalario. A esta misma conclusión llega el Jefe del Servicio de Urgencias, con el que la hija solicita una cita el 9 de marzo para comentar el error, el cual pide disculpas por el mismo y afirma que no tenía conocimiento de este incidente.

Entiende la que suscribe que los responsables de velar por la seguridad y asistencia de los pacientes del Centro Hospitalario "Hospital Insular" Servicio de Urgencias no llevaron a cabo una actuación correcta en tanto en cuanto, (...), una paciente que ingreso por sufrir una caída con un fuerte dolor, termino siendo dada de alta por entender dichos facultativos que únicamente tenía contusiones. (...) ».

En esta reclamación inicial por error en diagnóstico se indica que, en ese momento, no es posible valorar el daño, aportándose factura de asistencia médica en la Clínica (...) por importe de 160 euros, además de diversa documentación médica, proponiéndose, asimismo, diversos medios de prueba. Posteriormente, en trámite de audiencia se solicita una indemnización de 17.000 euros, sin aportar justificación alguna sobre la valoración del daño por el que se reclama.

2. A los efectos de clarificar este fundamento fáctico, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) del SCS, de fecha 21 de octubre de 2020, se reseña la siguiente relación de hechos:

«A.- Mujer de 88 años con antecedentes de: Hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus II con complicaciones metadiabéticas, insuficiencia renal, enfermedad arterial coronaria, intervenida de prótesis de rodilla izquierda en 2018 con recambio por dolor residual y aflojamiento en 2018, entre otras circunstancias.

B.- El domingo 08.03.20, a las 08:10 horas acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI por haber sufrido caída en su domicilio, refiriendo traumatismo en hombro y rodilla izquierda.

Tras la exploración y realización de radiografías de hombro y rodilla izquierda (AP y lateral), es diagnosticada de contusiones y se procede a cursar alta a domicilio a las 10:47 h.

C.- Cincuenta minutos después, a las 11:35 h se persona en el Servicio de Urgencias del Hospital (...)

Consta que: “ (...) La paciente presentaba antes de la caída, deambulación limitada por dolor en cadera y caminaba con ayuda de una muleta. (...) Acude por presentar dolor y edema de rodilla izquierda con limitación de la deambulación. (...) ”

Se realizan nuevas radiografías de rodilla y valorada por médico de urgencias es diagnosticada de fractura de diáfisis de fémur sobre prótesis de rodilla.

Las fracturas periprotésicas de fémur son cada vez más frecuentes, porque cada vez se realizan más artroplastias y en pacientes más mayores. A la propia dificultad de la fractura se añade la presencia de un implante previo, la baja calidad ósea y la comorbilidad. Las fracturas periprotésicas de fémur suponen una merma en la calidad de vida de los pacientes, con complicaciones añadidas.

Se inmoviliza mediante férula inguinopédica, con recomendación de analgesia, anticoagulación y reposo con la extremidad en alto, así como valoración en una semana en consulta de Traumatología.

A las 13:11 h del mismo día se cursa alta a domicilio.

El coste de la atención con carácter privado, ascendió a 160 euros.

D.- Consultas sucesivas en el CHUIMI:

12.03.20: Traumatología. Se realiza radiografía de control que no presenta cambios con respecto a la previa. Cita en una semana para cambio de férula por ortesis.

Las ortesis de rodilla tienen como fin controlar o limitar la movilidad de la rodilla o estabilizar esta articulación en los diferentes planos del espacio.

19.03.20: Traumatología. Se realiza el cambio de inmovilización con férula inguinopédica a ortesis estabilizadora de rodilla con articulación graduable a la flexo extensión y se cita en un mes con nueva radiografía.

16.04.20: Traumatología. Se observa el callo óseo. Mantiene ortesis estabilizadora, se permite apoyo y movilidad de 0-90°. Se deriva a Rehabilitación.

Los huesos curan mediante la formación de nuevo hueso (callo de fractura). En este caso 6 semanas es un plazo de consolidación óptimo.

23.04.20: Médico Rehabilitador. A la exploración: rodilla izquierda con moderada tumefacción, extensión completa, flexión 90°, amiotrofia de cuádriceps, dolor a la movilización, deambula distancias cortas con dos bastones.

Se propone iniciar tratamiento rehabilitador.

E.-Sufre nueva caída el día 4 de mayo de 2020 con traumatismo directo en pie derecho que acude al servicio de urgencias del CHUIMI las 13:34 h siendo diagnosticada de fractura de tuberosidad posterior de calcáneo, lo que requirió intervención quirúrgica. (...) ».

III

1. En cuanto al procedimiento, se han llevado a cabo los siguientes trámites relevantes:

1.1. Como ya se indicó, el procedimiento comienza con la presentación de la reclamación por la interesada el 13 de marzo de 2020.

1.2. En fecha 10 de junio de 2020, se requiere de la interesada la subsanación y mejora de la solicitud presentada de conformidad con los arts. 66, 67 y 68 LPACAP.

1.3. Mediante Resolución de 4 de agosto de 2020, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente y cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución, entre ellas, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable.

1.4. Con fecha 21 de octubre de 2020, se emite informe por el SIP, previo informe del Servicio de Urgencias del CHUIMI, referido a la asistencia sanitaria prestada a la paciente -folios 45 y siguientes del expediente-.

1.5. Consta en el expediente informe del Jefe de Servicio de Urgencias del CHUIMI, emitido el día 16 de octubre de 2020 (folio del expediente 162).

1.6. El 16 de noviembre de 2020 se solicita de la reclamante que formule las pruebas que estime oportunas (folio núm. 378), por lo que la interesada presenta, el 23 de noviembre siguiente, escrito en el que propone las que estima convenientes.

1.7. El 10 de diciembre de 2020 se dicta Acuerdo sobre el periodo probatorio (folio núm. 391), mediante el que se admiten las pruebas propuestas, en particular, la documental médica y la práctica testifical, en los términos señalados en este Acuerdo.

1.8. El 16 de marzo de 2021 se concede a la interesada el preceptivo trámite de audiencia, y además requiere de la reclamante que determine el *quantum* indemnizatorio que solicita, lo que ésta cumplimenta en escrito de alegaciones posterior (folio núm. 448) mediante representante debidamente acreditado.

1.9. Con fecha 6 de agosto de 2021, se emite el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias ex art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, mediante el que se considera conforme a Derecho la tramitación procedimental, así como el borrador de Propuesta de Resolución.

1.10. Con fecha 9 de agosto de 2021, se emite la correspondiente Propuesta de Resolución del Secretario General del SCS, por la que se reconoce a la reclamante el derecho a percibir una indemnización de 160 €, así como la actualización de la citada cuantía de acuerdo con lo dispuesto en el art. 34.3 LRJSP.

2. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aún fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos, y en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21 LPACAP).

IV

1. La Propuesta de Resolución, estima parcialmente la reclamación efectuada en lo que se refiere al importe de los gastos soportados por la reclamante como consecuencia del error en el diagnóstico inicial, derivado de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Urgencias del CHUIMI. A su vez, el Órgano Instructor considera que no procede reconocer la cantidad de 17.000 euros que se reclama en concepto indemnizatorio al no haber sido fundamentado el citado importe en documento alguno.

2. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria y el criterio de la *lex artis* como delimitador de los supuestos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, Dictámenes 534/2018, de 27 de noviembre, 69/2019, de 28 de febrero, 341/2019, de 3 de octubre y 442/2019, de 28 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la

lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

3. En relación con las reclamaciones de solicitud de reintegro de gastos, en nuestro Dictamen 113/2019, de 4 de abril, decíamos lo siguiente:

«La solicitud de reintegro de gastos a través de una reclamación de responsabilidad patrimonial, ha sido tratada, entre otros, en el Dictamen de este Consejo Consultivo de Canarias n.º 380/2013, de 5 de noviembre, que explica que el reembolso de los gastos puede solicitarse mediante una reclamación de reintegro de gastos, siguiéndose entonces un procedimiento ad hoc, con unos requisitos y condicionantes particulares o bien, a través de una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños (económicos en este caso) consecuencia del funcionamiento anormal o normal de los Servicio Públicos, aclarando lo siguiente: “ (...) puede reclamarse el reintegro del gasto, como se indica en este caso, a través del procedimiento de responsabilidad patrimonial, como daño material derivado del funcionamiento de la Administración en el ámbito sanitario. En estos casos se estimará la pretensión indemnizatoria si la reclamante prueba la concurrencia de los requisitos genéricos de la responsabilidad patrimonial y los específicos de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria”. Por su parte, el Dictamen del Consejo Consultivo 161/2012, de 28 de marzo señala: “Ahora bien, si aquel reintegro puede exigirse y analizarse por la vía de la responsabilidad patrimonial, ello sólo podrá fundarse en motivos justificados de denegación de asistencia médica o error de diagnóstico por parte de la Sanidad pública (Sentencia de la Audiencia Nacional de 26 de mayo de 2004 (RJ 2004/183695)), situaciones, en fin, que justifiquen que se acuda por el particular a la sanidad privada, admitiéndose, en estos casos, incluso tras haberse obviado el procedimiento administrativamente previsto para obtener asistencia privada sin coste para el particular”».

4. Aplicada la doctrina anteriormente expuesta, consta acreditado mediante los informes médicos obrantes en el expediente que hubo error en el diagnóstico inicial el 8 de marzo de 2020, siendo la asistencia sanitaria recibida por la paciente deficiente, pues no se practicaron la totalidad de las pruebas pertinentes según sus dolencias, y, a su vez, el estudio y conclusión de la prueba médica realizada consistente en una radiografía fue desacertado.

A este respecto, el informe del SIP, llega a las siguientes conclusiones:

«1.- La fractura de fémur supracondílea en miembro inferior izquierdo, no fue diagnosticada en el Servicio de Urgencias del CHUIMI, en la atención prestada el 8 de marzo de 2020.

Ello probablemente en relación con un error de percepción por deficiencias en la calidad de la técnica radiológica con imagen subóptima, lo que dificultó el diagnóstico.

2.- La fractura fue diagnosticada en la misma mañana del día 8 de marzo en centro sanitario privado, a instancias de la reclamante, tras la realización de nuevas radiografías.

3.- Por las características de la fractura y de la paciente, sin desplazamiento, el tratamiento requerido consistía en inmovilización mediante férula posterior inguinopédica.

4.- El seguimiento correcto se realizó en consultas externas de Traumatología y Cirugía ortopédica del CHUIMI.

5.- El 16 de abril de 2020, con evolución satisfactoria ya se había consolidado la fractura por la evidencia de calo óseo en la radiografía.

6.- No se ha llegado a producir ningún daño a consecuencia de la actividad del servicio sanitario público; bien es verdad que se ha debido a la actuación de la propia reclamante que acude a un centro privado, pero la conclusión es que el daño, salvo el inherente como consecuencia de la caída y fractura, no se ha llegado a producir y no cabe reconocer indemnización por lo que podría haber pasado, pero no ha llegado a pasar.

7.-No obstante, procedería reintegrar el coste de la asistencia prestada con carácter privado en centro sanitario 160 euros (...) ».

Es decir, el SIP confirma que la fractura de fémur supracondílea en miembro inferior izquierdo de la paciente no fue diagnosticada en el Servicio de Urgencias del CHUIMI, en la atención prestada el 8 de marzo de 2020, dando lugar a un error de diagnóstico debido a un error de percepción por deficiencias en la calidad de la técnica radiológica con imagen subóptima. No obstante, también continúa señalando que la fractura en todo caso fue diagnosticada en la misma mañana del día 8 de marzo en centro sanitario privado, tras la realización de nuevas radiografías. Por esta razón el SIP considera que no llegó a producirse ningún daño a consecuencia de la actividad del servicio sanitario público, salvo que entiende que procede reintegrar el coste de la asistencia prestada a la afectada con carácter privado en el Hospital (...), por importe de 160 euros.

A la misma conclusión llega el Jefe del Servicio de Urgencias, que confirma en su informe que existió error en el diagnóstico inicial de la paciente, al indicar que en la radiografía practicada «se aprecia dificultad para definir claramente la presencia de fracturas». Así mismo, continúa señalando que «Se precisaría cambiar la técnica radiológica para establecer sin dudas la lesión».

A mayor abundamiento, análogamente se pronuncia en su declaración, particularmente, el testigo Médico del Servicio de Urgencias (folios 415-416), señalando como motivo del error en el diagnóstico «la calidad subóptima de la

radiografía, línea de lesión muy sutil sin desplazamiento, zona de lesión discordante con la de dolor a la exploración, sobrecarga asistencial en el servicio y con múltiples pacientes simultáneamente».

Lo mismo se aprecia de la lectura de la historia clínica aportada por la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria (páginas 152 y siguientes), los Documentos Clínicos (páginas 308 y siguientes), así como el informe del Servicio de Urgencias (página 7). Todos los cuales confirman el error en el diagnóstico inicial y por tanto la deficiente asistencia prestada a la paciente en el Servicio de Urgencias en la mañana del 8 de marzo de 2020, a partir de las 8:10 horas, existiendo, por tanto, relación de causalidad entre el daño padecido y la actuación sanitaria, por cuanto que la citada actuación supone una infracción de la *lex artis* por no emplear el SCS todos los medios de que dispone para diagnosticar correctamente una fractura, utilizando equipos de escasa calidad que han dificultado el diagnóstico correcto.

5. No obstante, no se puede ignorar que en el Servicio de Urgencias del CHUIMI tras ser diagnosticada la afectada de contusiones recibió el Alta a domicilio a las 10:47 h; y que fue cincuenta minutos después, a las 11:35 horas cuando la lesionada se personó en el Servicio de Urgencias del Hospital (...), en el que se le practicaron nuevas radiografías de rodilla, siendo valorada por médico de urgencias recibió el diagnóstico correcto de fractura de diáfisis de fémur sobre prótesis de rodilla; y a las 13:11 horas del mismo día se cursó alta a domicilio. Esto supone, de acuerdo con el SIP, que no se llegó a producir ningún daño sanitario en sentido estricto en la curación de la fractura diagnosticada finalmente, pues el tiempo que media entre un diagnóstico erróneo y el certero es muy breve sin que haya podido repercutir negativamente en el estado de salud de la paciente, su recuperación o tratamiento.

Por el contrario, se ha llegado a demostrar que la fractura fue diagnosticada en la misma mañana del día 8 de marzo de 2020, que el tratamiento requerido consistía en inmovilización mediante férula posterior inguinopédica oportunamente aplicado a su dolencia. Tanto el Servicio de Traumatología como el Servicio de Rehabilitación dispensaron a la paciente una asistencia correcta, demostrando una evolución satisfactoria de su dolencia, sin que se aprecie, pues, daño a consecuencia de la actividad del servicio sanitario público.

6. En lo relativo a la cuantía indemnizatoria reclamada -17.000 euros-, la reclamante no ha probado en modo alguno en qué concepto debe ser abonado este importe, habiéndose únicamente acreditado el importe de 160 euros, que es el

correspondiente a la factura pagada a la Clínica (...) por la asistencia médica prestada.

Sobre la carga de la prueba, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), según el art. 32.1 LRJSP, 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, tal como establece 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.

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 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

Estas consideraciones sobre la carga de la prueba también son aplicables a la cuantía indemnizatoria, por lo que corresponde, en este caso, a la reclamante, acreditar el importe o, al menos, el concepto de los daños causados por la actuación sanitaria, lo que no sucede con el importe de 17.000 euros por ella reclamados. Por tanto, la cuantificación del daño que ha sido probado asciende a 160 euros, cantidad que habrá de ser actualizada conforme a lo dispuesto en el art. 34.3 LRJSP a la fecha en que se ponga fin al procedimiento.

7. En definitiva, se considera, examinada la información y documentación obrante en el expediente, que la Propuesta de Resolución, estimatoria parcialmente, es conforme a Derecho, al concurrir los presupuestos de la responsabilidad patrimonial de la Administración con el alcance establecido en la Propuesta de Resolución, toda vez que el *quantum* indemnizatorio de 17.000 euros que se reclama no ha sido justificado por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución que se somete a dictamen, resulta conforme a Derecho.