



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 5 1 / 2 0 1 6

(Sección 2ª)

La Laguna, a 16 de mayo de 2016.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la ***Propuesta de Orden resolutoria 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. 139/2016 IDS)*.***

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma.

2. La reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 56.864,53 euros. Esta cuantía determina en todo caso la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del 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, el primer precepto, con el art. 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. La interesada presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la asistencia recibida por (...), tía de la reclamante, fue inadecuada y causante de su fallecimiento.

De su escrito inicial se extrae el relato de lo sucedido, del modo siguiente:

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

«(...) La fallecida (...) de 73 años de edad, ingresa en la Unidad (2ª Par HUC) el día 4/10/05 con el diagnóstico de Estenosis Mitral.

Su cardiólogo le diagnostica estenosis mitral moderada severa con buena fracción de eyección 66% (...).

Que de los resultados de las pruebas complementarias que le realizaron antes de la intervención cabe destacar:

Hormonas tiroideas normales.

2) EKG: ritmo sinusal a 69 lpm.

3) Eco cardiograma (HC): doble lesión mitral con estenosis severa e insuficiencia moderada. Válvula rígida y calcificada.

4) Cateterismo (30/06/05): Estenosis mitral severa con insuficiencia mitral moderada. Coronarias normales. FEVI 68% (...).

Que el día 17/10/05 se realiza la intervención quirúrgica (...) bajo circulación extracorpórea (CEC) convencional bicava (...).

Las horas que pasan desde que empieza la intervención (16:00 h) hasta que sale (00:00 h), en total 8 horas (...).

Que tal y como se refleja en el informe de alta del Servicio de Cirugía Cardiovascular, se observa que los tejidos “son muy friables tanto a nivel esternal como en aurícula derecha” y se le implanta “bioprótesis Labcor de 27 mm (...)”

(...) Una vez cerrado el esternón se aprecia abundante sangrado por los tubos de drenaje se comprueba la existencia de una rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo tipo III, esto es, la pata bioprótesis.

Se vuelve a canular a la paciente estando en CEC y clampaje cardiaco se procede a reparar dicha lesión ventricular añadiendo además un parche de teflón pegado a la pared ventricular con Bioglu.

Con ello se vuelve a salir de CEC necesitando la ayuda de amins.

Se vuelve a neutralizar la heparina y a cerrar el esternón.

Vuelve a suceder de nuevo el mismo problema de sangrado importante por los tubos de drenaje en cuanto la paciente alcanza una TA de 120 mmhg.

Por ello se decide volver a entrar en CEC y a sustituir la bioprótesis por una prótesis mecánica y reparar de nuevo la lesión ventricular izquierda.

Implantándose en esta ocasión una prótesis mecánica carbomedic de 25 mm, finalmente, a pesar de todas las maniobras y de asistencia mecánica (BIAC) la paciente no puede salir de CEC.

Fallece las 11:30 horas de la noche en quirófano».

A la vista de los hechos descritos, la reclamante considera «que no se valoró y estudió adecuadamente la prótesis que debía ser utilizada en la intervención quirúrgica atendiendo a las características personales de la paciente fallecida (...). Que no se le explicó por parte del médico las consecuencias relevantes de la intervención, ni la existencia de otras alternativas a su diagnóstico, ni los riesgos relacionados con las circunstancias personales de la paciente, sino que se le entregó la hoja de consentimiento para firmarla y una información a medias, puesto que en ese momento con ella se encontraba su cuñada tal como se puede constatar ya que también ella figura en la firma del consentimiento (...).

Se vulnera el derecho a la autodeterminación que tenía la paciente fallecida y que se produce como consecuencia del incumplimiento del médico de su deber de información pues no la informa según establece nuestra legislación -de forma objetiva, veraz, completa y asequible-, entendiéndose que con ello este asume los riesgos que puedan derivarse de su intervención profesional».

Finalmente, el informe psicológico de (...) que figura en el expediente acredita que (...) tiene «un perfil psicológico comúnmente etiquetado como trastorno por estrés postraumático asociado a otro de depresión entre moderada y severa. Como consecuencia del fallecimiento de su tía (...)».

4. En el procedimiento incoado la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega ser heredera única de la fallecida con la que tiene una relación de parentesco del tercer grado de consanguinidad y por haber sufrido daños psicológicos como consecuencia del funcionamiento incorrecto del servicio público sanitario.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación fue presentada el 16 de octubre de 2008, habiéndose producido el fallecimiento de la tía de la interesada el 17 de octubre de 2005. Sin embargo, aún habiendo transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 LRJAP-LPAC, no puede por ello ser calificada de extemporánea en virtud de lo ordenado por la Sentencia del Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 2 de Las Palmas de Gran Canaria, de 6 de mayo de 2011, que estimó el recurso

interpuesto por la interesada y declaró la nulidad de la Resolución del Servicio Canario de la Salud, de 12 de mayo de 2009, desestimatoria del recurso de reposición formulado contra la resolución precedente que inadmitió a trámite la solicitud de reclamación de responsabilidad patrimonial.

6. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a 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.

7. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

8. En el análisis a efectuar de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada, son de aplicación la citada Ley 30/1992 y el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, constan en el expediente las siguientes actuaciones:

Tras el registro de entrada en la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud de la reclamación presentada, se solicitó de la interesada la subsanación y mejora del escrito presentado (arts. 70 y 71 LRJAP-PAC), siendo notificada correctamente y atendido el requerimiento que le fue efectuado.

Mediante Resolución de 4 de marzo de 2009, debidamente motivada, se inadmitió a trámite la presente reclamación al entender el Director del Servicio Canario de la Salud prescrita la acción para reclamar.

Notificada la citada resolución a la parte interesada, esta presentó escrito oponiéndose al contenido de dicha resolución, alegando que «en marzo de 2008 aparecen en los distintos medios de prensa noticias sobre una presunta mortalidad elevada en el Servicio de Cirugía Cardíaca del HUC, en los años 2005 y 2006 (...) que

los hechos o actos que motivan la indemnización que reclamamos tienen su cómputo inicial en marzo de 2008, que es cuando se tiene conocimiento de que ha podido haber una irregularidad en el buen actuar de la Administración (...)».

En consecuencia, y como se indicó con anterioridad, la interesada interpuso recurso de reposición contra la citada resolución del Servicio Canario de la Salud por considerar que la misma es nula de pleno derecho, solicitando la admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad presentada.

Por Resolución de 12 de mayo de 2009, el Director del Servicio Canario de la Salud desestimó el recurso de reposición interpuesto por la parte interesada.

2. Seguidamente, la reclamante dedujo demanda ante el Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 2 de Las Palmas de Gran Canaria, que dictó la mencionada Sentencia de 6 de mayo de 2011, en la que, en entre otras consideraciones, se señala lo siguiente:

«Entiende la jurisprudencia (Ss. de 27 de diciembre de 1985, 13 de mayo de 1987 y 4 de julio de 1990, que son citadas por la de 6 de julio de 1999), que es de aplicación el principio general de la “actio nata”, que significa que el cómputo del plazo para ejercitar la acción solo puede comenzar cuando ellos es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad (...).

(...) Por tanto, es a raíz de dicha información publicada cuando la parte recurrente conoce de una posible irregularidad en el Servicio donde su tía estuvo ingresada y puesto que en la misma se refiere a una “exagerada mortalidad en Cirugía Cardíaca del HUC”, es a partir de ese momento cuando pudo ejercitar la acción de reclamación, habiéndolo hecho antes del plazo de un año desde el conocimiento de la noticia, según la documental aportada con el escrito de formalización de demanda» (FJ 2º).

3. En cumplimiento, pues, del citado pronunciamiento judicial, el 16 de septiembre de 2011 la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud emitió Resolución por la que se admitió a trámite la reclamación formulada, ordenando además el inicio del expediente de responsabilidad patrimonial y la realización de los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la resolución que en su momento recaiga. Dicha resolución fue notificada correctamente a la interesada.

A continuación, el órgano instructor recabó diversa documentación [informe del Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario de Canarias;

documento de consentimiento informado; informe de alta; informe sobre la intervención practicada (registro de circulación extracorpórea]; e informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, entre otros].

Abierto el periodo probatorio, se admitieron y practicaron las pruebas pertinentes. Con posterioridad, se concedió el preceptivo trámite de vista y audiencia, sin que la interesada presentara escrito de alegaciones en atención a las actuaciones practicadas.

El 18 de abril de 2016, se formuló la Propuesta de Resolución, habiendo sido previamente informada con carácter favorable por el Servicio Jurídico en fecha 24 de marzo de 2015, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero.

4. Sin perjuicio de que se haya incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 RPAPRP, la demora producida no impide la resolución del procedimiento, pues sigue pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, con los efectos administrativos y aun económicos que procedan [arts. 42.1, 43.3.b) y 141.3 LRJAP-PAC].

5. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no existe obstáculo alguno que impida entrar a considerar el fondo de la cuestión planteada.

III

1. La Propuesta de Resolución es de carácter desestimatorio al considerar el órgano instructor que en el presente caso «se empleó la técnica adecuada para el caso concreto, y se informó a la paciente sobre su enfermedad y el procedimiento quirúrgico al que iba a someterse». Además, se precisa que se utilizaron «todos los medios humanos y materiales para dar una correcta asistencia sanitaria a la paciente, si bien ello no pudo evitar su fallecimiento». Por lo que no cabría apreciar «la existencia de un daño antijurídico, ni, por lo tanto, indemnización por responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud». En definitiva, concluye la Propuesta de Resolución, en el presente caso no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

2. La reclamación de la interesada se centra en la supuesta mala praxis médica y defectuosa asistencia sanitaria recibida por su familiar, todo ello sustentado en las siguientes razones: la duración de la intervención quirúrgica, muy superior a la normalmente prevista; no haber valorado y estudiado adecuadamente a la paciente en relación con la prótesis que debía ser utilizada en la intervención quirúrgica; no

haber explicado e informado el facultativo que asistió a la fallecida sobre las alternativas a su diagnóstico, incumpléndose, en consecuencia, con el deber y derecho a ser informado; y, finalmente, por haber causado todo ello a la reclamante un trastorno por estrés postraumático asociado a una depresión.

3. En el presente supuesto, la reclamación se dirige concretamente contra el funcionamiento del HUC, por lo que debemos analizar si existió un deficiente funcionamiento del Servicio de Cardiología de este centro hospitalario en relación con la asistencia que la paciente recibió allí. Así, para un adecuado enfoque del asunto planteado, ha de hacerse referencia a la abundante documentación que figura en el expediente:

a) En la historia clínica del HUC (folio 275 del expediente) se observa que el 21 de julio de 2005 la paciente padecía de estenosis mitral severa, es decir, con posterioridad a la intervención practicada en 30 de junio de 2005 en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC). Igualmente, en las observaciones de Enfermería consta ingreso en el HUC de la enferma el 5 de octubre de 2005, con diagnóstico de estenosis mitral severa (folio 306 del expediente), que también coincide con el informe sobre la evolución de la paciente desde su ingreso (folios 252 y 253).

Además, no podemos ignorar que en el presente caso los facultativos del HUNSC consideraron que la operación que la paciente requería se practicaría mejor en el quirófano del HUC por el Servicio de Cardiología de dicho centro. También se acredita que en el HUC se completaron las pruebas previas a la intervención según el protocolo médico, habiéndose solicitado las pruebas (analíticas y electrocardiogramas) que le fueron realizados en el HUNSC. Por tanto, en lo que respecta a la alegación de la interesada referida a la asistencia y práctica por el Servicio de Cardiología del HUC de las pruebas previas a la intervención de su tía, cabe señalar que la actuación de dicho Servicio fue correcta ya que, como se indicó líneas arriba, en su mayor parte las pruebas fueron llevadas a cabo en el HUNSC, sin que hubiera necesidad, como así se desprende del expediente, de volver a practicarlas nuevamente en el HUC.

b) Por lo que se refiere a la, supuestamente, deficiente práctica de la intervención, en el informe de alta del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUC, de 31 de octubre de 2005, se señala lo siguiente:

«Enfermedad actual:

Historia de un año de evolución con ortopnea y disnea paroxística nocturna. Diagnosticado por su cardiólogo de estenosis mitral moderada-severa con buena fracción de eyección (66%).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

El día 17.10.05, bajo circulación extracorpórea convencional bicava, observándose unos tejidos muy friables tanto a nivel esternal como en aurícula derecha en su canulación convencional. Se realiza sustitución de la válvula mitral por bioprótesis Labcor de 27 mm, dado que la paciente está en ritmo sinusal y se pretende mantenerla sin anticoagulación oral. Salida de CEC con estabilidad hemodinámica y sin problemas. Una vez cerrado el esternón se aprecia abundante sangrado por los tubos de drenaje, motivo por el que se abre a la paciente y se comprueba la existencia de una rotura de la pared libre del ventrículo izquierdo tipo III, esto es, por la pata de la bioprótesis. Se vuelve a canular a la paciente y estando en CEC y clampaje cardiaco se procede a reparar dicha lesión ventricular añadiendo además un parche de Teflón pegado a la pared ventricular con Bioglu. Con ello se vuelve a salir de CEC necesitando la ayuda de aminas. Se vuelve a neutralizar la heparina y a cerrar el esternón. Vuelve a suceder de nuevo el mismo problema de sangrado importante por los tubos de drenaje en cuanto la paciente alcanza una TA de 120 mmHg. Por ello se decide volver a entrar en CEC y supraanular y a reparar de nuevo la lesión ventricular izquierda; implantándose en esta ocasión una prótesis mecánica Carbomedic de 25 mm. Finalmente a pesar de todas las maniobras y de asistencia mecánica (BIAC) la paciente no puede salir de CEC falleciendo a las 11:30 horas de la noche en el quirófano.

Juicio diagnóstico:

Estenosis mitral severa.

Sustitución valvular mitral.

Rotura de la pared ventricular izquierda.

Shock cardiogénico.

EXITUS».

En consecuencia, de acuerdo con este informe (y de otros que constan en el expediente como el de Registro y Circulación Extracorpórea, folios 318 y 319), se acredita que el funcionamiento del Servicio fue el correcto y que la tardanza en la operación se debió exclusivamente a las complicaciones surgidas durante la intervención, complicaciones cuya existencia o aparición eran posibles a la vista del ya delicado estado de salud de la paciente. Aun así, resulta probado que la asistencia prestada por los facultativos del HUC se ajustó en todo momento a las exigencias derivadas de la *lex artis ad hoc*.

c)Respecto a la existencia de alternativas médicas y el deber de información que también se alega por la reclamante, hay que traer a colación el informe del Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular, de 19 de octubre de 2011 (folios 300-301), en el que se pone de relieve que el tratamiento de la paciente precisaba ser quirúrgico al no ser posible un tratamiento mediante valvuloplastia percutánea por la severidad de la calcificación mitral y por el mal pronóstico que tenía el riesgo de padecer a corto plazo sin reparar la lesión. En el mencionado informe se alude asimismo a los datos relativos a los precedentes, al consentimiento informado, así como al procedimiento quirúrgico seguido y los resultados obtenidos, datos que coinciden plenamente con el contenido de los demás informes médicos obrantes en el expediente.

En particular, debe destacarse la información que el facultativo responsable facilitó a la paciente con carácter previo a la intervención quirúrgica mediante el oportuno documento informado de fecha 5 de octubre de 2005, en el que consta la firma de la paciente, lo que a efectos jurídicos y médicos acredita que fue debidamente informada sobre la cirugía valvular de la que sería intervenida por diagnóstico de estenosis mitral consistiendo, intervención de recambio valvular mitral, siendo el riesgo global estimado del 6%. El citado informe del Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular (en el apartado que lleva por rúbrica «Consentimiento informado») se especifica, por si quedara alguna duda, que la información suministrada a la paciente «ocurrió 12 días antes de la intervención quirúrgica por lo que la paciente y los familiares podían haber preguntado más o haber revocado dicho consentimiento. En el se describían las principales complicaciones de este tipo de procedimientos, entre las que se describe que «pueden desarrollarse trastornos de la coagulación y hemorragia».

4. A mayor abundamiento, el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 12 de junio de 2015, en sus conclusiones, destaca lo que sigue:

«1. La paciente fue sometida a análisis exhaustivo de su patología valvular cardíaca, mediante cuantas pruebas se estimaron adecuadas que permitieran dilucidar la actuación terapéutica más adecuada a sus características personales.

2. Asimismo fue valorada por distintos especialistas en cardiología hasta que se determinó la necesidad de practicar cirugía cardíaca, siendo derivada entonces al Servicio de cirugía cardiovascular de referencia para la provincia de Santa Cruz de Tenerife, el Hospital Universitario de Canarias.

3. La paciente consintió y conoció tanto de forma verbal como escrita sobre la técnica que se le iba a practicar así como los riesgos de la operación, entre ellos está incluido las hemorragias, la necesidad de reintervención y un riesgo de mortalidad 5-6%. Declaró asimismo: "(...) Hemos recibido información acerca de (...) así como alternativas diferentes al procedimiento si las hubiera. Estoy satisfecho (*sic*) con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo revocar este consentimiento (...)".

4. El tratamiento propuesto consistente en sustitución valvular mitral, inicialmente con prótesis biológica se ajusta exactamente a las características individuales de la paciente.

A pesar de utilizar técnicas preventivas como el mantenimiento de la valva posterior, se presentaron complicaciones hemorrágicas durante la cirugía que conllevaron en un primer momento a utilizar parches y cola si bien finalmente se procede a sustituir por una prótesis mecánica y reparación de la lesión sin conseguir un resultado satisfactorio a pesar de los tratamientos por precoces y adecuados que fueron».

5. Además, de la documental médica que consta en el expediente se desprende que la prótesis utilizada y la intervención llevada a cabo fue la mejor alternativa existente según los conocimientos médicos del momento para tratar de obtener un resultado favorable a la curación de la enfermedad de la paciente, como bien se indica en el documento de consentimiento informado, criterio corroborado por el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe y por el emitido por el Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular, entre otros. Sin embargo, ello no impidió que lamentablemente la paciente falleciera durante la intervención quirúrgica, constando dicha posibilidad en el citado documento. Por otro lado, las estadísticas demuestran que en el fatal desenlace pudo influir la edad de la paciente, como señala el Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular, debiendo asumir por ello un mayor riesgo en una intervención como la practicada, máxime en el caso planteado ya que la paciente no ingresó en el quirófano del HUC plenamente sana sino, por el contrario, con serios problemas cardiovasculares.

6. Expuesto lo anterior, este Consejo debe reiterar que la práctica facultativa se ajustó a la *lex artis* por cuanto se aplicó el protocolo médico a seguir ante una eventual complicación surgida en el quirófano del HUC, como así aconteció. Por último, del expediente analizado se infiere, igualmente, que en la reparación de una ruptura ventricular izquierda el nivel de mortalidad es muy alta a pesar de los avances en cirugía cardíaca, y sin que alguno de los métodos existentes haya sido calificado como el ideal (folios 101 y ss.). Como recuerda la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, de 21 de enero de 2005:

«(...) Una jurisprudencia consolidada viene declarando a este propósito que no es razonable la generalización de la responsabilidad administrativa más allá del principio de causalidad, aun en forma mediata, indirecta o concurrente, de manera que para que exista aquélla, es imprescindible la concurrencia del nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso producido. La socialización de los riesgos que justifica la responsabilidad objetiva de la Administración no permite extenderla aquí hasta cubrir unos daños físicos cuyo origen no es seguro, como si el ejercicio de la cirugía estuviera obligada a garantizar resultados. Debe, por tanto, quedar suficientemente claro que el Derecho siempre ha considerado que al médico se le puede exigir que ponga los medios mandados por su arte, que su actuación se ajuste a la llamada «lex artis», pero no que consiga siempre los resultados deseados o apetecidos. La Medicina es una profesión obligada a poner unos medios, no a obtener unos resultados.

Dicho en palabras del Tribunal Supremo (Sentencia de 10 de abril de 2001): “Sobre la responsabilidad profesional médica esta Sala ha constituido una doctrina ya firme y constante que determina, que la obligación del médico en general no es de resultados sino de medios; y que en modo alguno el médico puede contraer el compromiso de curar, en todo caso, al enfermo, porque no hay posibilidad de asegurar normalmente el definitivo resultado de la actividad médica, siempre influible por el coeficiente de innumerables e inesperados factores ajenos a la propia normal actividad profesional del médico, ya que éste no puede garantizar, se vuelve a repetir, la curación y si el empleo de las técnicas adecuadas”».

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución analizada se considera conforme a Derecho, con arreglo a la argumentación que se expone en el Fundamento III, por lo que procede la desestimación de la reclamación formulada por (...).