



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 8 / 2 0 2 3

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 de abril de 2023.

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 tramitado ante la reclamación de indemnización formulada por (...), por los daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 111/2023 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. Mediante oficio de 2 de marzo de 2023 (con registro de entrada en este Organismo al día siguiente), 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 indemnización solicitada asciende a la cantidad de 100.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo, y la legitimación del Consejero para solicitarlo, siguiendo los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), 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, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Canarias; 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; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, 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 Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud (SCS, en adelante).

5. En lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante ostenta la condición de interesado en el procedimiento al haber sufrido un daño por el que reclama, como consecuencia, alega, del funcionamiento del servicio sanitario [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP]. Además, actúa mediante abogada, cuya representación se encuentra debidamente acreditada (art. 5 LPACAP).

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

6. Por lo demás, la reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año, de acuerdo con el art. 67 LPACAP. Concretamente, la reclamación se presenta en fecha 20 de abril de 2022, en relación con el hecho lesivo que indica haber sufrido el interesado el 20 de abril de 2021, por lo que no ha prescrito el derecho que asiste al afectado para reclamar.

II

1. En el escrito de reclamación se exponen las siguientes alegaciones:

« (...) El día 20 de abril de 2021, acude el Sr. (...) a urgencias del Hospital Insular. Sufre un ictus, y se decide darle el alta con control neurológico posterior, sin aplicar tratamiento inmediatamente. A causa de ello sufre errores en la memoria reciente, en la capacidad de retener nueva información, en la atención-cálculo, en la orientación temporal.

Añadir que dado de alta en mitad de un cuadro de desorientación sin avisar a ningún familiar para que se hiciera cargo de él, por lo que (...) salió a la calle desorientado,

caminando por la autopista varios kilómetros sin rumbo, hasta que una persona que se percató de su estado lo ayudó (...) ».

2. Mediante Resolución de 13 de mayo de 2022, del Director del SCS, se admite a trámite la reclamación presentada, acordando la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido, y realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente.

3. El Servicio de Normativa y Estudios solicitó informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP, en adelante) el 13 de mayo de 2022.

4. Con fecha 21 de noviembre de 2022, consta registrado el informe del SIP, en relación con el daño por el que se reclama, adjuntando entre otros el informe médico preceptivo del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) (art. 81.1 LPACAP). Así, indica el informe del SIP:

« (...) A.- Reclamante hombre, con fecha de nacimiento 15.08.56, antecedentes de: lumbalgias, diabetes mellitus tipo II, consumidor habitual de cannabis.

B.- En la fecha 20.04.21, 11:06 h, acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI por presentar cuadro de desorientación. Refiere que ayer tras levantarse de la siesta sufre un cuadro de desorientación en tiempo y espacio.

-A la exploración, paciente desorientado en tiempo sin aparente focalidad neurológica. Buen estado general, consciente y desorientado en tiempo, orientado en persona y espacio.

-Analítica sin alteraciones relevantes. Cannabinoides + en orina.

-Radiografía de tórax sin alteraciones.

C.- Se realiza TAC de cráneo para descartar isquemia cerebral, lesión ocupante de espacio, hemorragia subaracnoidea, etc, en donde se observa: Hipodensidades corticosubcorticales en los territorios de la ACM derecha y ACP izquierda en relación con infartos crónicos que condicionan retracción del sistema ventricular adyacente. No se observan hemorragias intra ni extraaxiales ni líneas de fractura. No se identifican signos de lesión isquémica aguda. No se objetivan signos de expansividad que sugieran la presencia de masas. Hipodensidad parcheada de la sustancia blanca periventricular y en ambas cápsulas de forma bilateral, en relación con signos de arteriopatía de pequeño vaso.

Ensanchamiento de surcos cerebrales y prominencia de folias cerebelosas, junto con dilatación del sistema ventricular, en relación con signos de atrofia cerebral y cerebelosa, acordes a la edad del paciente.

Impresión diagnóstica:

- *Infartos crónicos en el territorio de la ACM derecha y ACP izquierda.**
- *No se observan lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas en la actualidad.*

**ACM: Arteria cerebral media. ACP arteria cerebral posterior*

La TAC permite diferenciar con gran precisión un ictus isquémico de uno hemorrágico y descartar la presencia de lesiones intracraneales como tumores o hematomas subdurales.

Además, la TAC craneal permite el reconocimiento de signos precoces de ictus cerebral agudo e identifica infartos crónicos.

D.- El paciente permanece estable durante su estancia en el servicio de Urgencias, se cursa el alta a las 14:55 h del mismo día 20.04.21 para control por Neurólogo. Se explican normas de evolución y signos de alarma. Recomendando que en caso de complicación del cuadro clínico, acudiera a un Servicio de Urgencias.

E.- Hasta este momento, siguiendo el objeto de la reclamación: “ (...) .Sufre un ictus, y se decide darle el alta con control neurológico posterior, sin aplicar tratamiento inmediatamente (...) (...) ” se expone:

-El paciente acude al Servicio de Urgencias con un cuadro de desorientación de más de 12 horas de evolución.

- No existió síntoma de focalidad neurológica sugerente de ictus: -Pérdida de visión parcial o total en uno o ambos ojos. -Debilidad muscular en la cara, un brazo o una pierna de un lado del cuerpo que se produce de forma brusca. -Alteración o disminución de la sensibilidad, sensación de hormigueo o acorchamiento en la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo. - Problemas para comunicarse y ser comprendido debido a una repentina alteración del habla, con dificultades para expresarse y para articular las palabras. -Dolor de cabeza repentino, muy intenso y poco común, sin que exista ninguna causa aparente. - Pérdida del equilibrio, inestabilidad o sensación de vértigo, e incluso caídas sin motivo, si se acompañan de alguno de los síntomas relacionados previamente.

- El TAC practicado NO mostró afectación aguda ni subaguda (24-48 h de evolución), ni isquémica ni hemorrágica, presentando infartos crónicos. Esto es, existían infartos establecidos (crónicos), no se trataba por tanto de tejido en riesgo que pudiera ser subsidiario de técnicas de reperfusión (fibrinólisis intravenosa y/o trombectomía). No existió ictus agudo.

-Sin descartar que la presencia de cannabinoides en orina pudiera justificar sintomatología como: obnubilación, desorientación, ataxia, alteraciones de la memoria, visión borrosa, entre otros.

F.- A las 20:58 h del 20.04.21 regresa al Servicio de Urgencias del CHUIMI.

Motivo de consulta: Desde hace tres días presenta episodios de desorientación (de camino a buscar a su nieto al colegio que recoge todos los días se desorienta), en la noche se despierta y orina en la cocina, esta tarde nueva episodio de desorientación en el (...)

G.- En el momento de la exploración se describe:

" (...) .paciente consciente, colaborador, orientado en las tres esferas, normotenso, normocardico, eupneico, afebril.

Tórax: No lesiones cutáneas aparentes, no dolor a la palpación, no enfisema subcutáneo. Ruidos cardiacos rítmicos, no ausculto soplos ni extratonos. Murmullo vesicular sin estertores sobreañadidos

Abdomen: No lesiones cutáneas aparentes, blando, depresible, no palpo masas ni megalias, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no signos de irritación peritoneal (Blumberg, Mc Burney, Murphy negativos), no soplos, ruidos hidroaéreos presentes y normales, percusión normal

Neurológica: Consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, colaborador. No afectación de pares craneales, pupilas isocóricas normorreactivas, lenguaje, comprensión y expresión normal; fuerza, sensibilidad y marcha normal. Reflejos superficiales (reflejo cutáneo- plantar) normal (flexor). Romberg normal. No disimetría (maniobra índice- nariz, prueba talón-rodilla). No signos meníngeos (no rigidez de nuca, maniobra de Kernig y Brudzinsky negativa). Glasgow 15.

Miembros inferiores: no edemas, no signos de Trombosis venosa profunda (...) "

H.- Se practican Analíticas. Radiografía de tórax, EKG, sin alteraciones relevantes. Además se practica Punción lumbar para análisis de Líquido cefalorraquídeo (LCR) resultando líquido claro, presión normal, con bioquímica normal, lo que descarta hemorragia subaracnoidea. cuadro infeccioso,.

I.- El paciente se mantiene estable hemodinamicamente, orientado y colaborador durante su estancia en el Servicio de Urgencias. Por tanto, tras anamnesis, exploración física y resultados de pruebas complementarias se decide alta médica a las 05:58 h ya del 21.04.21

J.- El 29.04.21 acude a Neurólogo privado refiriendo cuadro confusional y en caso de no mejoría, hacer estudio de demencia rápidamente progresiva.

K.- El 22 de mayo de 2021 es atendido en el Hospital Universitario (...) de Madrid, por persistir el cuadro de desorientación y hace diez días pérdida de visión derecha (hemianopsia homónima derecha). No existe otra sintomatología neurológica deficitaria. Entre otras pruebas diagnósticas el TAC craneal objetiva los infartos establecidos en territorios de ACM derecha y ACP izquierda de causa indeterminada (criptogénicos) ya conocidos, obteniendo el mismo diagnóstico de alta hospitalaria.

L. - Prosigue controles por Neurología 23.09.21, con el diagnóstico de Deterioro cognitivo leve- moderado perfil vascular. Controles por Cardiología para búsqueda de fuente embólica realizando el 23.11.21 cierre de foramen oval permeable.

CONCLUSIONES

1.- No existió ictus agudo. El paciente con ictus en fase aguda representa una emergencia médica verdadera, requiere de atención médica inmediata y el tratamiento consiste en disolver los trombos que se han formado, en pacientes que han mostrado tener tejido cerebral isquémico pero que aún no han sufrido infarto en las imágenes. En este caso se trataba de zonas con infartos crónicos. Puede realizarse de diferentes formas: Tratamiento farmacológico. Se aplican fármacos fibrinolíticos (rt-PA) por vía venosa y, a veces, arterial. Tratamiento quirúrgico. En ocasiones, será necesario realizar una intervención quirúrgica para extirpar la placa de ateroma formada o dilatar la arteria mediante una angioplastia con stent.

Dicho tratamiento se aplicaría, en los casos de ictus agudo, que no es el caso, en un plazo de 6 horas desde el comienzo de los síntomas (ventana terapéutica). En nuestro paciente, de haber sido ictus agudo, tampoco se habría realizado ya que desde el comienzo del síntoma desorientación hasta que acude a centro sanitario transcurre más de 6 horas.

2.- El tratamiento del infarto crónico en paciente con estabilidad hemodinámica consiste en la evaluación por neurólogo, como así le fue indicado, tanto en la primera asistencia en el Servicio de Urgencias del CHUIMI 11:06 h -14:55 h como en la segunda 20:58 h - 05:58 h.

3.- En cuanto a la afirmación referida al alta en estado de desorientación caminando por la autopista, no existe constancia de tal hecho, si bien se recoge en la anamnesis en la asistencia prestada al ingreso en el Servicio de urgencias a las 20:58 h del 20.04.21 esta tarde nueva episodio de desorientación en el (...)r.

4.- Se emite informe desfavorable (...) ».

5. Por su parte, el informe preceptivo del Servicio de Urgencias del CHUIMI de 6 de septiembre de 2022, indica:

« (...) En respuesta a la reclamación hecha por (...) en relación a las actuaciones llevadas a cabo en el Servicio de Urgencias en las ocasiones que este acudió al mismo, he de exponer lo siguiente:

1º El paciente acude el día 20 de abril de 2021 al Servicio de Urgencias por un cuadro de desorientación. Tras la exploración y realización de las pruebas diagnósticas pertinentes no se detecta patología aguda que pudiera explicar el cuadro.

2º Las pruebas de imagen no demuestran patología aguda alguna y si infartos crónicos.

3º En la analítica destaca un hemograma sin alteraciones, una bioquímica con leve aumento de la glucemia y un análisis de orina positivo para cannabis.

4º Al no presentar hallazgos que puedan explicar la clínica por la que acude el paciente y su estabilidad hemodinámica se le explica las normas y signos de alarma y se decide alta hospitalaria.

5º La obligación de avisar a la familia no está presente en esta situación por lo que no se realiza.

6º El paciente es traído nuevamente al servicio por presentar nuevamente cuadro de desorientación.

7º Se realiza nueva anamnesis con la ayuda de la esposa, se explora y se extraen nuevas muestras para analizar sin determinar valores patológicos salvo, como anteriormente se comenta, un leve aumento de la glucemia.

8º Ante la situación estable se decide alta hospitalaria bajo la supervisión de un familiar (hijo) tras reevaluar al paciente comprobando la orientación y colaboración del mismo.

9º Se indica control por Neurología para completar estudio.

10º La exploración y los hallazgos de las pruebas complementarias confirman que el paciente no presentaba sintomatología compatible con ictus en el momento del alta hospitalaria (...) ».

6. En fecha 7 de diciembre de 2022, se emite el Acuerdo sobre el periodo probatorio, admitiendo la documental propuesta que obra en el expediente.

7. En fecha 7 de diciembre de 2022, se dicta resolución sobre el trámite de vista y audiencia del expediente, notificada al interesado oportunamente. Sin que conste escrito de alegaciones al respecto.

8. Consta informe del servicio jurídico mostrando su conformidad con el borrador de la propuesta de resolución.

9. En fecha 27 de febrero de 2023, se emite la Propuesta de Resolución que desestima la reclamación al no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial.

10. 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).

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada por la parte interesada, al entender el órgano instructor que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública Sanitaria.

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 el presente caso, por el reclamante se solicita una indemnización por los daños ocasionados pues, tras sufrir un ictus no es tratado de forma inmediata, por lo que sufre errores en la memoria reciente. Asimismo, afirma que se le dio el alta sin avisar a ningún familiar a pesar de encontrarse desorientado, lo que motivó que se perdiese y deambulase solo por la autopista varios kilómetros hasta que lo encontraron.

4. Pues bien, de acuerdo con el informe del SIP, al paciente se le practicó un TAC efectivamente el 20 de abril de 2021, y esta prueba diagnóstica *«permite diferenciar con gran precisión un ictus isquémico de uno hemorrágico y descartar la presencia de lesiones intracraneales como tumores o hematomas subdurales. Además, la TAC craneal permite el reconocimiento de signos precoces de ictus cerebral agudo e identifica infartos crónicos»*.

En consecuencia, practicadas las pruebas médicas oportunas en atención a los síntomas que presentaba el paciente, tanto el SIP como el informe del Servicio de Urgencias y las notas de Atención Primaria coinciden al indicar que no existió ictus agudo, siendo diagnosticado de infarto crónico con estabilidad hemodinámica, procediendo la evaluación por neurólogo, lo que sí se hizo.

5. Por tanto, en el presente caso no se observa mala *praxis* en la atención sanitaria dispensada al paciente no desprendiéndose, pues, del informe preceptivo y restante documental médica que completa el expediente, contradicción o discrepancia alguna entre las actuaciones sanitarias practicadas o que se debieron haber practicado en relación con el diagnóstico efectuado y el tratamiento que el paciente iría recibiendo en cada momento. Particularmente, el informe preceptivo del Servicio de Urgencias coincide en que la asistencia que el paciente recibió fue correcta en atención al resultado de las pruebas practicadas. Y es que, ciertamente, a partir de los datos referidos a los síntomas y la clínica que presentaba el afectado en cada momento se formularon los distintos diagnósticos, tratamientos y pruebas efectuadas al paciente según la evolución de sus dolencias por las que fue oportunamente tratado conforme a la *lex artis ad hoc*.

6. En cuanto a la afirmación referida por el reclamante de que fue *«dado de alta en mitad de un cuadro de desorientación sin avisar a ningún familiar para que se hiciera cargo de él, por lo que (...) salió a la calle desorientado, caminando por la autopista varios kilómetros sin rumbo, hasta que una persona que se percató de su estado lo ayudó»*, se coincide con la Propuesta de Resolución en que no existe constancia alguna de tal hecho; es más en la segunda asistencia a urgencias efectuada el 20 de abril de 2021, a las 20:58 h se anota en el informe médico de urgencias que *«el paciente acude por medios e iniciativa propia por cuadro de desorientación (...) esta tarde nuevo episodio de desorientación en el (...)»*.

Además, en la historia clínica de la primera atención en el Servicio de Urgencias el 20 de abril de 2021, consta lo siguiente: *«A la exploración, paciente desorientado en tiempo sin aparente focalidad neurológica. Buen estado general, consciente y desorientado en tiempo, orientado en persona y espacio»*. Por tanto, si bien el paciente presentaba una desorientación en el tiempo, sí estaba orientado en persona y espacio. Por ello en el informe del Servicio de Urgencias consta que, estando hemodinámicamente estable, se le explican al paciente las normas y signos de alarma y se decide el alta hospitalaria, añadiéndose que *“la obligación de avisar a la familia no está presente en esta situación por lo que no se realiza»*.

7. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, entre ellos en su Dictamen 283/2021, de 20 de mayo, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que exista daño efectivo y que éste sea consecuencia del 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, sin perjuicio 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).

8. En este caso, pues, a la vista de todo el material probatorio contenido en el expediente, este Consejo considera que no existe responsabilidad patrimonial del servicio público de salud porque el reclamante no ha llegado a probar una deficiente prestación de la asistencia sanitaria. Por el contrario, la Administración Sanitaria ha

acreditado en el presente supuesto que se ha actuado conforme al criterio de la *lex artis ad hoc*, determinándose la normalidad de los actos médicos, habiendo cumplido con el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida de acuerdo con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP). Por lo que no existiendo nexo causal que atribuya responsabilidad al SCS por los hechos alegados por la interesada, la reclamación debe ser desestimada.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada se considera conforme a Derecho.