Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 17 de marzo de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 (...) y por (...), (...) y (...), por los daños sufridos tras el fallecimiento de (...), esposa del primero y madre de los otros reclamantes, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 61/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sra. Consejera de Sanidad el 11 de febrero de 2025 (con Registro de entrada de la misma fecha) es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica.

2. En relación con la preceptividad del presente dictamen, la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), mediante su Disposición final sexta que establece:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo

[*] **Ponente: Sr. Belda Quintana.**

Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

Por ello, en este caso, la cuantía indemnizatoria solicitada, 200.476,81 euros, determina que la solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. 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 (BOC, 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. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de los interesados, pues los daños sufridos por el presunto funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su esfera moral (art. 4.1.a) LPACAP), como consecuencia del fallecimiento de su esposa y madre, según se acredita en el expediente.

En cuanto a la legitimación activa, resulta necesario traer a colación lo ya manifestado por este Consejo Consultivo, entre otros, en el Dictamen 66/2020, de 3 de marzo:

«4.1.1. Respecto a la posibilidad de reclamación por daños -patrimoniales y extrapatrimoniales- derivados del fallecimiento, se ha de indicar lo siguiente:

La doctrina y la jurisprudencia consideran de forma prácticamente unánime que la muerte en sí misma considerada no se indemniza (a quien la sufre), sino que lo que se indemniza es la pérdida neta que sufren aquellas personas que dependían económicamente de los ingresos de la víctima (daño patrimonial), así como el dolor, sufrimiento, aflicción, la pérdida de la compañía, de proyectos conjuntos, etc., que produce a los familiares y allegados la muerte de una familiar (daño no patrimonial).

El fallecimiento de una persona da lugar a daños patrimoniales y no patrimoniales, pero no los sufre el que muere, sino los familiares cercanos, de modo que la indemnización no la perciben iure hereditatis, sino iure proprio. Se trata de un criterio generalizado en el Derecho comparado europeo, en el que la privación de la vida, no se considera un daño a efectos de las normas que regulan la responsabilidad y no es indemnizable.

En nuestro ordenamiento jurídico, el criterio de que el perjudicado por la muerte no es quien muere, sino los parientes allegados, se recoge en el baremo previsto para las indemnizaciones que se deriven de accidentes de tráfico. En consecuencia, la privación de la vida no es indemnizable a quien fallece, y, por tanto, nada se puede transmitir a los herederos del que muere.

La jurisprudencia así lo viene señalando desde hace tiempo. En este sentido, las diversas Salas del Tribunal Supremo consideran hoy que están legitimadas para reclamar por la muerte de una persona quienes resulten personalmente perjudicados por ella, en cuanto dependían económicamente del fallecido o mantenían lazos afectivos con él, de modo que ejercen un derecho originario y no derivativo. La STS (Sala de lo Civil) de 1 de abril (RJ 2009/4131) señala lo siguiente: "es doctrina pacífica que el derecho a la indemnización por causa de muerte no es un derecho sucesorio, sino ejercitable ex iure proprio, al no poder sucederse en algo que no había ingresado en el patrimonio del de cuius, por lo que la legitimación no corresponde a los herederos en cuanto tales, sino a los perjudicados por el fallecimiento, pues sólo los vivos son capaces de adquirir derechos".

4.1.2. Dicho lo anterior, se ha de añadir que, como muy bien señala la sentencia de 2 de octubre de 2013, de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (rec.780/2006), " (...) la temprana y didáctica Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Supremo de 2 de febrero de 2006, estableció lo siguiente: Sin duda el derecho a indemnización originado en el perjuicio moral y material a terceros por consecuencia de la muerte, no surge como `iure hereditatis´, sino como un derecho originario y propio del perjudicado (SSTS de 4 de mayo de 1983 y 14 de diciembre de 1996), cualidad que puede o no coincidir con la de heredero, pero que en cualquier caso es distinta y con efectos jurídicos muy diferentes, siendo doctrina de esta Sala, como recuerda la sentencia de 18 de junio de 2003, que están legitimadas para reclamar indemnización por causa de muerte `iure propio´, las personas, herederos o no de la víctima, que han resultado personalmente perjudicadas

por su muerte, en cuanto dependen económicamente del fallecido o mantienen lazos afectivos con él; negándose mayoritariamente que la pérdida en sí del bien `vida´ sea un daño sufrido por la víctima que haga nacer en su cabeza una pretensión resarcitoria transmisible `mortis causa´ a sus herederos y ejercitable por éstos en su condición de tales `iure hereditatis´" (...) ».

A la luz de la doctrina anteriormente expuesta, se entiende cumplido el requisito de legitimación activa del esposo e hijos de la fallecida para reclamar por derecho propio la indemnización de los daños derivados del óbito de su esposa y madre, respectivamente. Legitimación activa que no es puesta en entredicho por la propia Administración Pública sanitaria.

5. 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. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, ya que la acción se ha ejercitado por los interesados en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó mediante correo postal el 22 de diciembre de 2020 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado a la fecha del fallecimiento de (...), el 14 de septiembre de 2020.

II

Los reclamantes instan la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposa y madre, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«El día 1 de septiembre de 2020, (…), de 79 años de edad, como consecuencia del positivo en COVID-19 de su marido, se realizó el test dando asimismo positivo en COVID-19.

El 4 de septiembre de 2020 ingresó en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, por derivación de su médico de atención primaria, con un cuadro de fiebre, deterioro general y dificultad respiratoria, constándose la existencia de neumonía bilateral que llevó a su ingreso, (...) .

Durante su ingreso, se le realizaron cuidados generales de enfermería y control analítico, y se informó a los familiares de que no era paciente candidata a ingresar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Únicamente recibió tratamientos analgésicos, oxigenoterapia, sueroterapia, tratamiento anticoagulante y tratamiento diabético.

A pesar de su estado, en ningún momento se le suministro remdesivir -medicamento antiviral recomendado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para pacientes de COVID-19 con enfermedad grave- por falta de stock (...) .

El 12 de septiembre de 2020 se decide inicio de sedación paliativa y finalmente fallece el día 14 d septiembre de 2020, por insuficiencia respiratoria aguda causada por una neumonía bilateral por COVID-19».

Por todo ello, se solicita por todo ello una indemnización que es cuantificada en 200.476,81 euros.

Se aporta por los reclamantes, entre otra documental, informe pericial elaborado por (...).

III

1. En este procedimiento el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

2. Desde el punto de vista formal, el presente procedimiento ha sido tramitado adecuadamente, constando las siguientes actuaciones:

- El 14 de enero de 2021 se identifica el procedimiento y se insta a los reclamantes a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que reciben notificación el día 20 de enero de 2020, aportando lo requerido mediante correo postal el 2 de enero de 2021. En escrito de mejora se aclara la reclamación, señalando:

« (...) los daños se iniciaron en el momento en que, atendiendo al estado de salud de (...), no se le administró antiviral remdesivir (recomendado para combatir o atenuar efectos del COVID-19) por falta de stock en el Centro Hospitalario. Los daños continuaron al no administrarse tampoco ningún tratamiento ni medicamento más allá de cuidados generales de enfermería y control analítico. Daños, que se consumaron finalmente con su fallecimiento».

- Por Resolución de 23 de febrero de 2021, del Director del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación presentada, de lo que se acusa recibo por los interesados el 4 de marzo de 2021.

- El 24 de febrero de 2021 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), lo que se reitera el 15 de noviembre de 2022 y el 12 de julio de 2023. Sin embargo, tras haber recabado la Historia Clínica de la paciente obrante en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín de Las Palmas de Gran Canaria (HUGCDN) y en Atención Primaria, así como informe emitido por la Dra. (...), Jefa del Servicio de Medicina Interna del HUGCDN, se remite el expediente al Servicio de Normativa y Estudios para continuar la tramitación sin el informe del SIP.

- El 11 de noviembre de 2022 se había interpuesto escrito, por correo postal, por los interesados solicitando acceso y copia del expediente, así como el impulso del procedimiento.

Les comunica la Administración, el 23 de noviembre de 2022, que se está a la espera de la emisión del informe del SIP, y se les informa del modo de acceder y obtener copia del expediente, facilitándoles la relación de documentos obrantes en él. De ello reciben notificación los reclamantes el 29 de noviembre de 2022.

- El 24 de enero de 2024 se dicta acuerdo probatorio, lo que se notifica a los interesados el 7 de febrero de 2024, en el que se admiten las pruebas documentales propuestas por los interesados y se incorpora la documentación clínica recabada durante la instrucción. Asimismo, se abre periodo probatorio a fin de requerir al HUGCDN la siguiente documentación:

1.- Informes, circulares y cualesquiera instrucciones o comunicaciones de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias a los Hospitales respecto a tratamientos, solicitudes de ingreso desde el periodo de 1/12/2019 al 14/09/20.

2.- Informes, circulares y cualesquiera instrucciones o comunicaciones de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias y los Hospitales sobre stock, suministro y abastecimiento del antiviral remdesivir desde el 01/12/19 hasta 14/09/20.

3.- Comunicado de la Agencia de Medicamentos y Productos sanitarios de 28 de julio de 2020 sobre recomendaciones para el tratamiento con remdesivir en pacientes con COVID-19.

- Solicitada aquella documentación a la Gerencia del HUGCDN el 26 de enero de 2024, y reiterada el 14 de febrero de 2024, en fecha 29 de febrero de 2024 se remite lo siguiente:

Informes del Servicio de Farmacia, así como del Servicio de Admisión, Archivo y Documentación clínica, respecto al stock, suministro y abastecimiento del antiviral remdesivir, desde el 1 de diciembre de 2019 al 14 de septiembre de 2020, así como respecto a las solicitudes de ingreso en tal periodo.

Por otro lado, en relación con la petición de informes, circulares y cualesquiera instrucciones o comunicaciones de la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Canarias, se indica por el Director Gerente del HUGCDN que no se dispone de esa información toda vez que los órganos competentes para emitirlos son los órganos centrales del Servicio Canario de la Salud.

- Con fecha 1 de marzo de 2024 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, lo que se notifica a los interesados el 7 de marzo de 2024, solicitando éstos, el 14 de marzo de 2024, ampliación del plazo para la presentación de alegaciones, así como copia de determinados documentos del expediente. Con fecha 1 de abril de 2024 se presenta escrito de alegaciones, por correo postal.

- A la vista de la documentación aportada por los interesados y sus alegaciones, con fecha 13 de mayo de 2024 se solicita que se emita informe por el SIP, que es remitido con fecha 22 de noviembre de 2024.

- En fecha 26 de noviembre de 2024 se confiere nuevo trámite de audiencia a los interesados, de lo que reciben notificación el 13 de diciembre de 2024, sin que conste la presentación de nuevas alegaciones.

- El 10 de febrero de 2025 se formula por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud Propuesta de Resolución en la que se desestima la reclamación de los interesados, que es remitida a este Consejo Consultivo.

IV

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación de los interesados, viniendo a señalar, entre otros razonamientos:

«Pues bien en el caso que nos ocupa los informes médicos incorporados al expediente tanto de parte como por la Administración han concluido que el estado de salud previo de la paciente no hacía razonable su supervivencia aun aplicando el Remdesivir.

Por todo ello debemos concluir que en el caso que nos ocupa no puede apreciarse incumplimiento de la lex artis, no siendo atribuible el desenlace final al funcionamiento del servicio público».

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el informe del SIP, de 22 de noviembre de 2024, constan en la historia clínica de la paciente, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

« (…) (…), con 79 años para el momento de los hechos y con los siguientes antecedentes personales:

•Diabetes Mellitus Tipo 2 - Diagnóstico desde al menos 2002, con episodios de mal control glucémico y HbA1c elevada.

•Hipertensión Arterial Esencial - Control con medicamentos antihipertensivos, con episodios de crisis hipertensivas.

•Deterioro Cognitivo - Diagnóstico de deterioro cognitivo progresivo desde aproximadamente 2010, con seguimiento en atención primaria y atención neurológica.

•Enfermedad Cardiovascular - Incluye enfermedad coronaria crónica, presencia de stent coronario y seguimiento cardiovascular.

•Bronquitis Aguda - Varias visitas por episodios de bronquitis y cuadros respiratorios.

•Ansiedad Generalizada - Diagnosticada en atención primaria con prescripción de medicación.

•Artrosis de Rodilla - Gonalgia y artrosis en rodilla con prescripción de analgésicos.

•Coccidinia y Lumbalgia - Presencia de dolor sacrococcígeo y lumbar con signos degenerativos en columna.

•Aneurisma de Aorta Abdominal - Derivación a cirugía vascular para evaluación.

•Tratamientos Farmacológicos Crónicos - Incluye medicación para la hipertensión, diabetes, deterioro cognitivo, ansiedad y control del dolor.

Todo lo sucedido tuvo lugar en el contexto de la pandemia mundial por SARS-CoV-2, durante el estado de alarma en España, un periodo en el que se implementaron medidas excepcionales para proteger la salud pública y garantizar la atención sanitaria en un escenario de alta demanda asistencial.

La paciente contaba con una PCR previa positiva para SARS-CoV-2, realizada el 1 de septiembre de 2020, cuyo resultado se confirmó el 3 de septiembre de 2020.

1.- El 4 de septiembre de 2020, a las 21:55 horas: La paciente, (...), de 79 años, es ingresada en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Gran Canaria Dr. Negrín tras presentar fiebre y disnea objetivada por su Médico de Cabecera. Cabe destacar sus antecedentes médicos de demencia tipo Alzheimer en fase avanzada, cardiopatía isquémica multivaso, hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Al ingreso, se constata que la paciente vivía con su esposo y contaba con una cuidadora, y su estado basal reflejaba dependencia total para actividades diarias básicas como el baño, y las transferencias. Las funciones superiores se encontraban abolidas.

2.- El mismo 4 de septiembre de 2020 a las 22:30 horas, en el momento del ingreso, se realizaría una exploración física en la que se evidenció una saturación de oxígeno (SatO2) del 87%, con valores de tensión arterial (TA) de 107/74 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) de 95 latidos por minuto (lpm) y frecuencia respiratoria (FR) de 30 respiraciones por minuto, todo ello hacía referencia niveles de oxígeno disminuidos en la sangre y signos de alarma cardiovasculares, como la hipotensión.

La paciente presentaba mal estado general y un puntaje de Glasgow de 7 (O1V1M5). Las pupilas son mióticas y reactivas. Se auscultaron además crepitantes dispersos en ambos campos pulmonares, y se palpó un abdomen blando, sin dolor aparente, masas ni megalias. En extremidades inferiores no se apreciaron edemas ni datos de trombosis venosa profunda (TVP).*

**La Escala de Glasgow evalúa el nivel de conciencia midiendo respuesta ocular (4 puntos), verbal (5 puntos) y motora (6 puntos), con un rango total de a 15 (alerta y orientado). Un puntaje de 7 o menos indica como severo con alteración crítica de la conciencia, generalmente requiriendo cuidados intensivos y con un pronóstico reservado.*

3.- Posteriormente, el mismo día 04/09/2020 a las 23:00 horas: Se realizarían una serie de pruebas complementarias, incluyendo análisis de laboratorio, PCR del exudado nasofaríngeo (el cual resultó positivo para infección por SARS-CoV-2) y radiografía torácica (RxTx). Los resultados de la analítica reflejaban niveles elevados de dímero D (DD) de 3.8 mcg/mL, proteína C reactiva (PCR) de 101 mg/L, creatinina (Cr) de 1,31 mg/dL y troponina T ultrasensible (TT) de 46 ng/L, junto con otros marcadores bioquímicos anormales.

Todos estos hallazgos hablaban de mal pronóstico y de un estado protrombótico con pérdida de la homeostasis. En la RxTx se observaron hallazgos que concluían neumonía bilateral con infiltrados alveolares en los Campos pulmonares inferiores y medios, y elongación aórtica.

Se indicaría entonces mantener oxigenoterapia a 8 litros con mascarilla de reservorio y 8 unidades de insulina tipo Actrapid por vía subcutánea ®.

4.- El 5 de septiembre de 2020 a las 01:54 horas: Durante la valoración nocturna, la paciente permanecía desconectada del medio, sin respuesta a estímulos externos. Los signos vitales mostraban una SatO2 del 90% con reservorio, TA de 149/81 mmHg, FC de 86 lpm, y fiebre de 38.1°C.

La exploración abdominal reveló una sensación de masa a nivel del hipogastrio y dolor a la palpación en la fosa ilíaca derecha (FID). Por lo que se colocó una sonda vesical, con salida de 100 cc de orina, indicándose en última instancia la realización del cultivo.

Se indicaría entonces mantener oxigenoterapia a 8 litros con mascarilla de reservorio y 8 unidades de insulina tipo Actrapid ® por vía subcutánea.

5.- El 6 de septiembre de 2020 a las 00:52 horas: Se observó un marcado deterioro en el estado general de la paciente. Permanecía hemodinámicamente inestable, normocárdica, con una SatO2 del 96% usando mascarilla con reservorio de 10 L/min de oxígeno. La paciente no toleraba la medicación por vía oral (VO) por lo que se suspendió, sustituyéndolo por analgesia intravenosa (IV). Se informaría entonces del pronóstico desfavorable a sus familiares y se consideraría no trasladarla a la unidad de cuidados intensivos (UCI), priorizando el confort.

Se indicó entonces mantener oxigenoterapia a 10 litros con mascarilla de reservorio y 6 unidades de insulina tipo Humureg por vía subcutánea®.

6.- El 7 de septiembre de 2020 a las 14:48 horas: La paciente permaneció en mal estado general, con requerimientos de oxígeno elevados y un deterioro cognitivo avanzado. Ante la falta de mejoría, se comunica a la familia la situación y el pronóstico grave, explicándoles las pocas posibilidades de recuperación. La familia comprende y acuerda continuar con medidas de confort, excluyendo manejo intensivo en UCI.

7.- El 8 de septiembre de 2020 a las 10:26 horas debido a la situación clínica de la paciente se aumentó el tratamiento con oxígeno a 15 L/min mediante mascarilla con reservorio. Pero la paciente mantendría saturaciones de oxígeno bajas e hiperglucemias.

8.- El 9 de septiembre de 2020 a las 08:49 horas: Se realizaría una revisión analítica, en donde se identificaron valores anómalos de glucosa en sangre (277 mg/dL), sodio (153 mEq/L), y PCR (45 mg/L), junto con cifras de función renal (Cr 0,91 mg/dL). La gasometría arterial muestra pH de 7,38, PCO2 de 36.5 mmHg y bicarbonato (HCO3) de 21,6 mmol/L. Valores que en su conjunto evidenciaban de una acidosis mixta con predominio respiratorio.

El control radiológico evidenció infiltrados bilaterales en los Campos pulmonares inferiores y medios, atribuidos a neumonía por SARS-CoV-2.

9.- El 10 de septiembre de 2020 a las 00:00 horas: La paciente continuaría con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía bilateral y descompensación cardíaca. Al examen físico, mostró una saturación de O2 del 89% con reservorio a 15 L/min, y presentaría taquicardia sinusal y taquipnea. Se administró entonces analgesia para mejorar el confort, sin variaciones significativas en su estado general.

10.- El 11 de septiembre de 2020 a las 08:00 horas: Dado el progresivo empeoramiento respiratorio y la falta de respuesta a las terapias con oxígeno e insulina, se inició sedación paliativa para asegurar el confort en la fase final del proceso. La familia es informada del

curso irreversible y las bajas expectativas de recuperación. Por lo que el infusor para sedación es ajustado conforme a la evolución de la paciente.

11.- El 12 de septiembre de 2020 a las 14:05 horas: Se documentaría un empeoramiento clínico con signos de distress respiratorio significativo. La paciente recibió sedación continua, y se permitió la visita de familiares. El pronóstico era muy reservado y, debido a la situación clínica, se enfocó el manejo en la conducción con medidas paliativas.

12.- El 14 de septiembre de 2020 a las 06:49 horas: La paciente entraría en fase de pre-exitus y es declarada fallecida a las 06:49 horas, tras no responder a las medidas de soporte. Se confirma el deceso secundario a neumonía bilateral por SARS-CoV-2 y complicaciones respiratorias agudas».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, con carácter general, en relación con la obligación de medios que le corresponde a la Administración sanitaria, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (entre otros muchos, Dictámenes 65/2023, de 23 de febrero, 148/2023, de 13 de abril, 183/2023, de 27 de abril, 60/2024, de 1 de febrero, y 162/2024, de 2 de abril), 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 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público).

4. Pues bien, la reclamación de los interesados sostiene que la falta de aplicación de tratamiento adecuado por falta de stock suficiente en Hospital del medicamento pautado y recomendado para el COVID-19 por la AEMPS determinó una falta de oportunidad terapéutica en la asistencia sanitaria prestada a (...), lo que, finalmente, determinó su fallecimiento.

Como bien señala el informe del SIP, y así recoge la Propuesta de Resolución, procede, antes de abordar la reclamación misma, indicar:

«Como cuestión previa, no cabe prescindir de que la abrupta irrupción del COVID-19, enfermedad nueva que alcanzó la consideración de pandemia en las fechas a que se refiere la reclamación -y que motivó la declaración del estado de alarma-, ocasionó una situación límite en los servicios sociales y sanitarios durante varios meses y provocó decenas de miles de fallecidos. Ante este escenario resulta imposible desvincular un caso como el objeto de la presente reclamación, de la situación límite que se experimentó al durante la pandemia.

A tal efecto y como señala el Informe del Servicio de Inspección y Prestaciones la situación descrita debe entenderse en el contexto de la pandemia mundial por SARS-CoV-2, durante el estado de alarma en España, un periodo en el que se implementaron medidas excepcionales para proteger la salud pública y garantizar la atención sanitaria en un escenario de alta demanda asistencial».

Dentro de este contexto, dado que los reclamantes atribuyen el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, a la falta de administración de un determinado fármaco, el Remdesivir, tras contraer el virus del COVID-19, por falta de stock, además de *«no administrarse tampoco ningún tratamiento ni medicamento más allá de cuidados generales de enfermería y control analítico*», son tres las cuestiones que se han de analizar en la reclamación de los interesados: por un lado, la falta misma

de stock del antiviral que no se administró a la paciente, por otro, la repercusión que la falta de administración tuvo en su fallecimiento, y, finalmente, la adecuación o no a la *lex artis* de los tratamientos dispensados a la paciente tras su ingreso hospitalario.

4.1. Respecto de la falta de stock de Remdesivir en el HUGCDN.

En relación con este punto, y dentro del contexto de la pandemia mundial, que comenzamos señalando como cuestión previa, ha de decirse que consta en el expediente informe del Servicio de Farmacia del HUGCDN, en el que, ante todo, se señala que el fármaco Remdesivir comenzó a utilizarse en ese Hospital en junio de 2020, pues, anteriormente no era posible el acceso al mismo, siendo en esa fecha cuando se inició la realización de pedidos que se hacían directamente a la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) a través de una plataforma (MSE: Medicamentos en situaciones especiales).

Se explica en el citado informe:

«El problema insular impedía la adquisición inmediata para los pacientes ingresados por lo que se trabajó de disponer de un stock de medicamento en alguno de los centros con el objeto de cubrir las necesidades de los fines de semana, aunque el trámite de solicitud a través de la plataforma MSE y aceptación de la AEMPS debía continuar, ya que se trataba de un antiviral que no estaba aprobado por la Agencia Europea ni por la FDA.

Por tanto, a la excepcional situación provocada por la pandemia debemos unirle el hecho del problema insular que impedía disponer de un stock inmediato del fármaco, aún a pesar de los esfuerzos de la organización para lograr su disponibilidad, sin que su falta se pueda achacar a una mala praxis, dado el contexto en el que nos encontrábamos, sino de fuerza mayor».

A ello ha de añadirse la gran carga asistencial en el periodo del 1 de diciembre de 2019 al 14 de septiembre de 2020, lo que se pone de manifiesto en el informe emitido el 22 de febrero de 2024 por la Coordinadora del Servicio de Admisión y Documentación clínica, que informa que, durante tal periodo, el número bruto de ingresos fue de 16.665 urgentes y 5.937 programados.

Por tanto, la falta de stock del antiviral no es imputable a la Administración, no actuando en contra de la *lex artis ad hoc* por no disponer del medicamento.

4.2. Respecto de la relación de causalidad entre la falta de administración del medicamento a la paciente y su fallecimiento, deben destacarse dos aspectos:

- Por un lado, tal y como señala el SIP y el informe emitido por la Jefa del Servicio de Medicina Interna del HUGCDN, en relación con la administración de Remdesivir como tratamiento de la enfermedad por coronavirus y sus efectos, se ha de tener en cuenta lo siguiente:

«es importante destacar que dicho fármaco no ha demostrado reducir la mortalidad en pacientes hospitalizados con COVID-19 y únicamente ha mostrado acortar el tiempo de recuperación en aproximadamente 5 días en estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos. Por ello, el desenlace de la paciente no se puede relacionar con la falta de prescripción de dicho fármaco.

El Remdesivir, además, puede ocasionar efectos secundarios como hipotensión o alteraciones en las pruebas de función hepática en el 10-15% de los casos, lo que reafirma que no se puede vincular el desenlace de la paciente con la falta de prescripción de este medicamento.

La eficacia de Remdesivir en el tratamiento de la COVID-19 ha sido objeto de diversos estudios clínicos. Según una revisión de Cochrane, es probable que Remdesivir tenga poco o ningún efecto sobre la mortalidad a los 28 días en pacientes hospitalizados por COVID-19.

Sin embargo, podría reducir la necesidad de ventilación mecánica invasiva en este período.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) indica que Remdesivir está indicado para el tratamiento de la COVID-19 en adultos y adolescentes con neumonía que requieren oxígeno suplementario, pero no ventilación mecánica u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Este informe también señala que Remdesivir no ha demostrado reducir la mortalidad en pacientes hospitalizados con COVID-19».

- Por otra parte, y con la premisa de que el Remdesivir no ha demostrado reducir la mortalidad en pacientes hospitalizados con COVID-19, resta analizar la repercusión que su falta de administración tuvo en el desenlace de la paciente.

En este punto, el informe de la Jefa del Servicio de Medicina Interna del HUGCDN, es contundente, incluso con apoyo en el propio informe pericial aportado por los reclamantes.

Tras reiterar que la administración de Remdesivir como tratamiento de la enfermedad por coronavirus no ha demostrado reducir la mortalidad de pacientes hospitalizados con COVID-19**,** sino que únicamente ha mostrado acortar el tiempo de recuperación, el desenlace de la paciente no se puede relacionar con la falta de prescripción de dicho fármaco. En este sentido, añade el citado informe:

«De hecho, en el Documento nº 4 aportado como informe pericial se expresan las siguientes conclusiones

"No existe un fármaco viricida, que por sí solo, cure la infección de COV/D-19. La aplicación de viricidas permite, -y siempre que el estado de salud de quien padece la infección lo permita-, disminuir la carga viral, pero el factor fundamental de la curación o superación de la fase aguda de la infección por COVID_19 se basa en el estado inmunológico previo del paciente que lo sufre".

"Por lo anterior, la paciente Sra. (…), presentaba un estado de salud previo, que no hacía razonable su supervivencia por COV/D-19, con cualquier tratamiento de sostén o viricida que se hubiera aplicado"

Dicho fármaco puede, además, ocasionar efectos secundarios como hipotensión o alteración de pruebas de función hepática.

Por lo anteriormente expuesto, no se puede vincular el desenlace de la paciente con la falta de administración de remdesivir».

4.3. Respecto de la afirmación vertida por los reclamantes en la que se señala que el desenlace final se debió, además de a la falta de administración del Remdesivir, a *«no administrarse tampoco ningún tratamiento ni medicamento más allá de cuidados generales de enfermería y control analítico*», es preciso señalar -amén de remitirnos a los antecedentes que obran en la historia clínica de la paciente, puestos de manifiesto en el informe del SIP y recogidos en el apartado 2 anterior de este mismo Fundamento IV- la falta de adecuación a la realidad de aquella aseveración, tal y como señala el SIP en sus conclusiones:

«1.- (...), de 79 años, presentaba un estado de salud significativamente deteriorado debido a patologías de base crónicas y graves, tales como demencia tipo Alzheimer avanzado, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, y una cardiopatía isquémica multivaso. Según estudios recientes, la coexistencia de múltiples comorbilidades, especialmente en personas mayores de 75 años, aumenta en un 45% la mortalidad en infecciones severas de COVID-19. Estos antecedentes clínicos representan factores de riesgo importantes y contribuyeron a la susceptibilidad y al desenlace de la infección por COVID- 19, específicamente:

2.- Hipertensión Arterial: Un estudio publicado en BMJ Best Practice indica que aproximadamente el 99% de los pacientes que fallecieron por COVID-19 tenían al menos una afección de salud subyacente, siendo la hipertensión una de las más comunes.

3.- Diabetes Mellitus: La diabetes se ha identificado como un factor de riesgo significativo para la mortalidad en pacientes con COVID-19. Un meta-análisis realizado por

Aktar et al. encontró que la diabetes tipo 2 está asociada con una mayor severidad y mortalidad en estos pacientes.

4.- Enfermedades Cardiovasculares: Las afecciones cardiovasculares, incluyendo la cardiopatía isquémica, se han relacionado con un peor pronóstico en pacientes con COVID-19. El estudio de Aktar et al. también destaca la asociación entre enfermedades cardiovasculares y un aumento en la mortalidad.

5.- Enfermedad Renal Crónica: La insuficiencia renal crónica se ha asociado con una mayor mortalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19. Un estudio realizado en Perú encontró que la enfermedad renal crónica incrementa el riesgo de muerte en estos pacientes.

6.- La coexistencia de múltiples comorbilidades incrementa aún más el riesgo de mortalidad. Un estudio publicado en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública concluyó que la presencia de varias comorbilidades en pacientes hospitalizados por COVID- 19 se asocia con una mayor probabilidad de fallecimiento.

7.- La paciente fue ingresada en el Hospital Universitario de Gran Canaria el 4 de septiembre de 2020 y recibió atención médica inmediata y medidas de soporte ajustadas para su insuficiencia respiratoria y neumonía bilateral por COVID-19.

8.- A su llegada al hospital, la paciente presentaba un estado crítico, con constantes vitales alteradas y un Glasgow Coma Scale de 7, lo que refleja un compromiso neurológico severo. Estos valores, combinados con su condición general, sugieren un alto riesgo de mortalidad, corroborado por escalas predictivas como APACHE II o SAPS II, que es6t4im3an una probabilidad de mortalidad superior al 50% en pacientes con estas características.

9.- Se aplicaron protocolos de control radiológico y de laboratorio y tratamientos farmacológicos de soporte de acuerdo con las guías clínicas de la OMS para pacientes mayores con COVID-19 y comorbilidades significativas actualizadas para la fecha.

10.- Estas guías señalan que el uso de oxigenoterapia y manejo sintomático es el estándar en pacientes con insuficiencia respiratoria, siendo las intervenciones implementadas en este caso idóneas y proporcionadas.

11.- Se mantuvo a la paciente en todo momento con terapia de oxígeno mediante mascarilla de reservorio aumentando el flujo según las necesidades ventilatorias de la paciente. Y se administró terapia con insulina subcutánea para reducir los niveles de glucemia en sangre.

12.- La paciente no reunía criterios para ventilación mecánica invasiva o ingreso en UCI, de acuerdo con un estudio de la Universidad de W. (2021), los pacientes de más de 75 años con demencia y comorbilidades cardíacas severas presentan una tasa de éxito menor al 20% con ventilación invasiva y muestran una tasa de complicaciones del 85%. En este contexto, el

ingreso en UCI y la ventilación mecánica invasiva se consideraron medidas no tolerables ni viables, sustentando la decisión médica de no implementar estas intervenciones.

13.- Las Contraindicaciones de la ventilación mecánica invasiva son:

-Estado pulmonar crítico: En pacientes con insuficiencia respiratoria grave o neumonía avanzada, especialmente con enfermedades crónicas como hipertensión y cardiopatía isquémica, puede causar lesiones adicionales (barotrauma o volutrauma).

-Edad avanzada y comorbilidades: En personas mayores, como la paciente (79 años), con Alzheimer avanzado, la ventilación se desaconseja por el limitado pronóstico y menor tolerancia a intervenciones invasivas.

-Estado de salud global: La coexistencia de diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica incrementa riesgos como infecciones, tromboembolismo y dificultad en el destete del ventilador.

-Enfoque ético y paliativo: En enfermedades avanzadas con pronóstico limitado, se priorizan medidas de confort sobre intervenciones agresivas que prolongan el sufrimiento sin mejorar significativamente el desenlace.

14.- En el caso del COVID-19 a decisión de no utilizar ventilación mecánica en pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades, como en el caso de (...), se fundamenta en diversas consideraciones clínicas y éticas.

15.- Según las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el manejo clínico de la COVID-19, se recomienda evaluar cuidadosamente la relación riesgo-beneficio de la ventilación mecánica en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y deterioro funcional significativo. Estas guías enfatizan la importancia de individualizar el tratamiento, considerando la calidad de vida y las preferencias del paciente.

16.- Estudios publicados en la Revista Española de Geriatría y Gerontología han demostrado que la ventilación mecánica en pacientes ancianos con múltiples comorbilidades se asocia con una mayor mortalidad y complicaciones, lo que respalda la necesidad de una evaluación cuidadosa antes de su implementación.

Todas estas fuentes proporcionan una base sólida para comprender las contraindicaciones de la ventilación mecánica en pacientes con perfiles clínicos similares al de (...)».

De todo lo expuesto, cabe concluir que el tratamiento y seguimiento de la paciente fue adecuado a la *lex artis,* a sus patologías y evolución lo largo de todo su proceso asistencial, poniendo a su disposición todos los medios terapéuticos y asistenciales indicados y disponibles en cada momento, siendo su fallecimiento consecuencia de la infección por coronavirus en cuya evolución coadyuvaron al fatal

desenlace las numerosas comorbilidades de la propia paciente, a pesar de haberse desarrollado la asistencia médica conforme a la *lex artis* en todo momento.

En conclusión, tal y como señala adecuadamente la Propuesta de Resolución:

«El fallecimiento de la paciente ocurrió debido a una descompensación de sus patologías crónicas (cardiopatía e insuficiencia respiratoria), agravadas por la neumonía bilateral por COVID-19. Estudios médicos han mostrado que en el 75% de los casos con patologías cardíacas y pulmonares severas en pacientes ancianos, la neumonía viral complica la evolución clínica, contribuyendo a un desenlace fatal.

Por tanto resulta claro, que en el caso que nos ocupa, no puede obviarse el estado de salud significativamente deteriorado que presentaba la paciente, debido a patologías de base crónicas y graves, tales como demencia tipo Alzheimer avanzado, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, y una cardiopatía isquémica multivaso, que como afirma el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, especialmente en personas mayores de 75 años, aumenta en un 45% la mortalidad en infecciones severas de COVID-19.

En la misma línea el Informe de Medicina Intensiva del Hospital Dr. Negrin afirma que el uso del farmaco no ha demostrado reducir la mortalidad de los pacientes ingresados por COVID19 y unicamente ha mostrado acortar el tiempo de recuperación, por ello el desenlace de la paciente no se puede relacionar con la falta de prescripción del fármaco.

En cuanto al informe pericial aportado por los reclamantes con la reclamación, manifiestan que se trataba de un informe preliminar que tuvo en cuenta solo la historia clínica pero no el resto de los informes, y en este sentido cabe destacar que la conclusión a la que llega no difiere de lo expuesto por la Administración Sanitaria, cuando señala que no existe un fármaco viricida que, por sí solo, cure la infección de COVID-19. La aplicación de viricidas permite, -y siempre que el estado de salud de quien padece la infección lo permita-, disminuir la carga viral, pero el factor fundamental de la curación o superación de la fase aguda de la infección por COVID- 19 se basa en el estado inmunológico previo del paciente que lo sufre".

Asimismo, "la paciente Sra. C. presentaba un estado de salud previo que no hacía razonable su supervivencia por COVID-19, con cualquier tratamiento de sostén o viricida que se hubiera aplicado"».

5. Por lo demás, la reiterada doctrina de este Consejo Consultivo en cuanto a los principios generales de distribución de la carga de la prueba, reflejada, entre otros, en el Dictamen 272/2019, de 11 de julio, señala:

«Cabe recordar, a este efecto, que, en aplicación del artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio (...), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del Código Civil (...), que atribuye la carga de la prueba a aquél que

sostiene el hecho ("semper necesitas probandi incumbit illi qui agit") así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega ("ei incumbit probatio qui dicit non qui negat") y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios ("notoria non egent probatione") y los hechos negativos ("negativa no sunt probanda"). En cuya virtud, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27.11.1985, 9.6.1986, 22.9.1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)».

2. A la vista de la jurisprudencia expuesta, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, la antijuridicidad, el alcance y la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo Consultivo, 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. 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)».

Sobre la prueba y la acreditación del hecho lesivo, también ha señalado de forma reiterada este Consejo Consultivo lo siguiente:

« (…) es necesario acreditar la realidad del hecho lesivo y la relación causal entre el actuar administrativo y los daños que se reclamen, como se hace en los recientes Dictámenes 40/2017, de 8 de febrero y 80/2017, de 15 de marzo, en los que se afirma que: «Además, como este Consejo ha manifestado recurrentemente (ver, por todos, los Dictámenes 238/2016, de 25 de julio y 343/2016, de 19 de octubre), sin la prueba de los hechos es imposible que la pretensión resarcitoria pueda prosperar. El art. 6.1 RPAPRP, en coherencia con la regla general del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), impone al reclamante la carga de probar los hechos que alega como fundamento de su pretensión resarcitoria. Toda la actividad de la Administración está disciplinada por el Derecho (art. 103.1 de la Constitución, arts.3, 53, 62 y 63 LRJAP-PAC), incluida la probatoria (art. 80.1 LRJAP-PAC). Para poder estimar una reclamación de responsabilidad por daños causados por los servicios públicos es imprescindible que quede acreditado el hecho lesivo y el nexo causal (art. 139.1 LRJAP-PAC, arts.6.1, 12.2 y art. 13.2 RPAPRP), recayendo sobre el interesado la carga de la prueba (art. 6.1 RPAPRP). Esta prueba puede ser directa o por presunciones, pero para recurrir a estas es necesario que exista un enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano entre un hecho probado y aquel cuya certeza se pretende presumir. No basta para ello la mera afirmación del reclamante, porque ésta no constituye prueba (art. 299 LEC en relación con el art. 80.1 LRJAP-PAC)».

Sin embargo, en el presente caso, a la vista de lo expuesto**,** los reclamantes no han aportado elemento probatorio suficiente que permita sustentar la existencia de responsabilidad de la Administración en la asistencia por la que se reclama, pues el informe pericial aportado ha sido debidamente refutado, y, por su parte, la Administración sí ha probado la conformidad de su actuación a la *lex artis ad hoc,* por lo que procede desestimar la reclamación de los interesados.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, pues procede desestimar la reclamación de los interesados.