



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 283 / 2016

(Sección 1ª)

La Laguna, a 21 de septiembre 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. 246/2016 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo autónomo de la Administración autonómica.

La reclamante solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 50.000 euros. Esta última cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Sr. Consejero para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

II

1. (...) formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud en la asistencia sanitaria que le fue prestada en un centro concertado.

* Ponente: Sr. Brito González.

La reclamante alega, entre otros extremos, lo siguiente:

- El 10 de febrero de 2010, ingresó en el Hospital (...), derivada por el Servicio Canario de la Salud, para intervención quirúrgica (quistectomía laparoscópica), al haber sido diagnosticada de un quiste ovárico.

- Durante la intervención se le ocasiona una perforación del colon, que según todos los indicios pasó inadvertida al cirujano interviniente y al resto del equipo quirúrgico, sin que se le efectuara al término de la anexectomía técnica alguna para la verificación de la integridad del colon.

- Al día siguiente de la intervención es dada de alta y el día 14 de febrero de 2010 vuelve a ingresar para ser intervenida el día 16 del mismo mes y año por la perforación del sigma, encontrando gran cantidad de líquido libre fecaloideo en la cavidad abdominal al haberse objetivado la perforación del sigma en zona de cirugía previa. Al día siguiente de la intervención es trasladada al Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria para su control por presentar un empeoramiento clínico, con aumento de dolor abdominal, taquicardia y febrícula. En este centro es nuevamente intervenida el día 26 de febrero de 2010 mediante laparotomía, objetivándose colección de pus, heces y gases y presentando derrame pleural izquierdo

- Como consecuencia de la intervención practicada, perdió la función de defecación anal al serle diseccionado el colon. El día 9 de febrero de 2011, se le realiza una nueva intervención para reponerle la función recto anal.

La reclamante considera que el daño padecido ha sido causado por la impericia de los facultativos que practicaron la quistectomía laparoscópica, que tampoco advirtieron la perforación del colon producida y que a resultas de la atención sanitaria recibida en la actualidad presenta anomalías en la pleura que, según indicaciones de su médico, seguiría padeciendo de por vida. Sostiene además que el desproporcionado daño ocasionado no se corresponde con el formalismo del consentimiento previo de la intervención, considerando que se ha omitido o silenciado una descripción clara de los riesgos reales para la más adecuada manifestación de su voluntad.

Solicita una indemnización que asciende a la cantidad de 50.000 euros.

2. En el presente procedimiento la reclamante ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños personales como consecuencia del funcionamiento incorrecto del servicio público sanitario, pudiendo por tanto iniciar el procedimiento.

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

En el expediente se encuentra, asimismo, pasivamente legitimada la Clínica (...) [antiguo Hospital (...)], en su calidad de centro concertado (Dictámenes del Consejo Consultivo de Canarias 554/2011, 93/2013, 59/2014, entre otros muchos). Ello justifica que en la tramitación del procedimiento se haya notificado a esta entidad privada la Resolución de admisión a trámite de la reclamación, se le haya solicitado a la proposición de los medios probatorios de los que pretenda valerse, y otorgado posteriormente el preceptivo trámite de audiencia.

3. La reclamación fue presentada el 6 de febrero de 2012 en relación con la asistencia sanitaria prestada a partir del 10 de febrero de 2010, de la que se causó alta el 15 de marzo de 2011. Por consiguiente, la reclamación de responsabilidad patrimonial no puede considerarse extemporánea (art. 142.5 LRJAP-LPAC).

4. 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.

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

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que impidan la emisión de un dictamen de fondo, si bien se ha incumplido el plazo de seis meses que para su resolución establece el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por Decreto 429/1993, de 26 de marzo. La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los artículos 42.1 y 43.3.b) LRJAP-PAC.

En particular, consta en el expediente que la reclamación fue correctamente calificada y admitida a trámite, tras su subsanación, el 28 de febrero de 2012 (art. 6.2 RPAPRP) y se han realizado asimismo los actos necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe pronunciarse la Resolución (art. 7 RPAPRP), constando en el expediente el informes del Servicio de Ginecología del Hospital (...) y del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Ntra. Sra. de Candelaria (art. 10.1 RPAPRP), así como copias de las historias clínicas de la reclamante obrantes en los distintos centros donde fue atendida.

A la reclamante, así como al centro concertado, se le han otorgado asimismo trámite de audiencia (art. 11 RPAPRP), sin que se presentara alegaciones durante el plazo concedido al efecto.

El procedimiento viene concluido con la preceptiva Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada, que fue informada por la Viceconsejería de los Servicios Jurídicos, según lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento del Servicio Jurídico, aprobado por Decreto 19/1992, de 7 de febrero, estimándola conforme a Derecho.

III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan acreditados en el expediente los siguientes antecedentes, conforme a los datos obrantes en su historia clínica, condensados por el Servicio de Inspección en su informe:

- Paciente mujer de 49 años con antecedentes de dislipemia, artrosis, quiste de mama, así como histerectomía abdominal por útero miomatoso y endometriosis severa en 2005. Intervención efectuada en Hospital (...).

- Síndrome adherencial severo y pseudoquiste en enero de 2008. En esta intervención se realizó quistectomía parcial liberando parte de las adherencias. Cirugía realizada en el Hospital (...) por laparoscopia.

- En noviembre de 2008, diagnóstico de persistencia de quiste en ovario izquierdo de 8x8 cm y pasa a lista de espera de cirugía, en Hospital (...). En 2009, se realizan las pruebas preoperatorias.

- El día 10 de febrero de 2010, la paciente ingresa en Hospital (...) para intervención quirúrgica (quistectomía laparoscópica) de quiste ovárico izquierdo. En el curso de la intervención se constata la existencia de adherencias severas. Tras

liberación de éstas, se realiza extirpación de quiste ovárico izquierdo, con conservación parcial de anejo, se electrocoagula la cápsula restante. El quiste es tipo endometrial, endometriosis tipo II. Se controlan constantes, tolerancia, estado general.

Con una evolución favorable, se da alta hospitalaria el 11 de febrero de 2010, anotando el informe de alta las instrucciones de reposo, curas, etc. y que en caso de algún problema acudir al hospital.

El estudio de la pieza biopsiada confirma benignidad, quiste ovárico con focos de endometriosis.

- El 14 de febrero del 2010, la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital (...) por dolor abdominal que va en aumento, analítica y exploración normal, afebril. En la Rx de abdomen se observan niveles hidroaéreos importantes con escaso gas que sugería la posibilidad de un íleo paralítico. Ingresa y en la valoración efectuada se corrobora el diagnóstico de «cuadro compatible con un íleo paralítico, probablemente secundario a adherencias intestinales y potenciado por la intervención reciente», se recomienda observación y tratamiento médico conservador. La paciente camina, sin dolor, constantes conservadas, y al día siguiente parece estar todavía mejor, defecó y el abdomen menos doloroso. Pero, posteriormente, empeora su estado general, taquicardia, aumenta el dolor, la analítica también muestra signos de empeoramiento.

Ante los signos descritos, se realiza laparotomía.

Se interviene de urgencias el 16 de febrero de 2010, con sospecha perforación intestinal, abdomen agudo. En la cirugía se observa la existencia de líquido libre fecaloideo abdominal y perforación de sigma. Se realiza sigmoidectomía, se limpia bien el abdomen y se deja colostomía terminal en flanco izquierdo. Tras la cirugía, informan a los familiares.

Se solicita además el traslado de la paciente al Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (HUNSC) para observación y seguimiento, por la posibilidad de desarrollo de shock séptico.

La paciente es informada de su proceso.

- El día 17 de febrero de 2010, es trasladada al HUNSC donde ingresa en la Unidad de Reanimación y Cuidados Intensivos Postquirúrgicos. Se pauta cobertura antibiótica y vigilancia intensiva, cultivo de drenaje peritoneal etc.

La evolución posterior es aceptable, buena evolución.

- El 18 de febrero, pasa a planta de cirugía general y digestiva, si bien el siguiente día 25 presenta más de 38 grados de temperatura y se realizan hemocultivos, empieza a tolerar mal y comienzan los vómitos.

Se realiza analítica, Rx de tórax, ecografía de abdomen y TAC de abdomen urgente. Ya en la ecografía se observan varias colecciones de líquidos: derrame pleural derecho pequeño, otro pleural izquierdo, uno subhepático etc.

En TAC se ven «múltiples colecciones abdominales entre ellas subfrénica derecha e izquierda. El aire en la colección subcapsular hepática puede estar en relación con abscesificación». Se indica intervención urgente.

- Es intervenida de nuevo el día 26 de febrero del 2010 por medio de laparotomía exploratoria, y se realiza liberación de absceso subfrénico. Se coloca tubo de drenaje pleural izquierdo que se deja tres días.

- El 27 de febrero, ingresa en Reanimación de Intensivos (REA). Evoluciona favorablemente y el día 3 de marzo pasa a planta de hospitalización de Cirugía. Permanece en planta de Cirugía hasta el 18 de marzo, fecha que recibe alta hospitalaria, con controles en Consultas Externas de Cirugía, médico de cabecera y especialistas de zona.

- El día 9 de febrero de 2011, se le realizó nueva cirugía para reponerle la función recto-anal, reconstrucción del tránsito y de pared intestinal. En la intervención quirúrgica se encuentran adherencias, que se liberan y también eventración (hernia) importante, que se interviene igualmente. Se realiza anastomosis colorrectal.

Recibe el alta con fecha 15 de febrero de 2011, siguiendo controles con Cirugía Digestiva, médico de cabecera y especialistas de zona.

2. La interesada en este procedimiento centra su reclamación en la inadecuada asistencia sanitaria que le fue prestada en la intervención quirúrgica que se le practicó en el centro concertado en el año 2010. Sostiene por una parte la existencia de mala praxis por parte de los especialistas que le practicaron la quistectomía laparoscópica, que no advirtieron la perforación del sigma, a lo que añade que la información recibida sobre los riesgos de la intervención fue insuficiente.

La Propuesta de Resolución por su parte desestima la reclamación presentada por considerar que no concurren en el presente caso los requisitos exigibles que

conforman la responsabilidad de la Administración, considerando correcta la actuación sanitaria dispensada a la reclamante, quien, además, había firmado el documento de consentimiento informado en el que constaban los riesgos propios de la intervención quirúrgica.

3. El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución requiere tratar separadamente las dos cuestiones que en la misma se suscitan y que vienen constituidas, por una parte, por la efectiva adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* en cuanto a los tratamientos y técnicas empleadas y, por otra, por las consecuencias que en orden a la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración presenta el hecho acreditado de que la paciente prestara su consentimiento informado a la intervención practicada.

Con carácter previo, resulta necesario precisar que, como se recoge en reiterada jurisprudencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo y como obligadamente se repite en los dictámenes de este Consejo Consultivo, el servicio público de la sanidad se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

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

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

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos

tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

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

4. Pues bien, entrando ya en el primero de los aspectos señalados, relativo a la corrección de la asistencia sanitaria prestada, la Propuesta de Resolución sostiene que el acto médico realizado fue correcto.

Esta afirmación puede considerarse justificada a la vista de los informes obrantes en el expediente y singularmente el del Servicio de Inspección, que revelan la adecuación de la asistencia sanitaria a la *lex artis* y la inexistencia de un daño antijurídico.

Señala este informe que entre los antecedentes quirúrgicos de la paciente destaca la presencia de un síndrome adherencial severo. El proceso quirúrgico y de patologías abdomino-pélvicas no comenzó en 2010 sino que su historia quirúrgica comienza en 2005 con una histerectomía por útero polimiomatoso y diagnóstico de endometriosis severa. Consta asimismo en su historia clínica en enero de 2008 se sometió a intervención quirúrgica por laparoscopia, para la resolución de un quiste de ovario izquierdo. Durante esta intervención ya se observó la existencia de un síndrome adherencial severo y se procedió a liberar parte de las mismas.

Por otra parte, de acuerdo con lo informado por el Servicio de Inspección, la endometriosis padecida por la paciente, por sí misma y más aún unida al antecedente de cirugía abdomino-pélvica, tiene alto riesgo de adherencias y éstas aumentan con el número de intervenciones.

Por ello, en estas circunstancias, que sin duda alguna dificultan la tarea del cirujano, la técnica quirúrgica empleada en la paciente, laparoscopia, constituye, según se indica en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, una excelente opción para la resolución de adherencias postquirúrgicas.

Del expediente no queda en modo alguno acreditado que por el cirujano que la atendió no se adoptaran las cautelas necesarias conforme a los antecedentes de la paciente.

Además, en relación con la concreta intervención, a pesar de que la reclamante sostiene que la perforación del sigma fue debida a la impericia del cirujano, no aporta prueba alguna que corrobore que la perforación del sigma se produjera por una incorrecta actuación médica. Por contra, los informes obrantes en el expediente sostienen que se trata de una complicación producida como consecuencia de las propias patologías presentes en la paciente, al tratarse de una endometriosis complicada con el cuadro adherencial, que aumentaron el riesgo, finalmente concretado, de desgarro del colon y su perforación.

Por lo que se refiere al hecho de que la perforación pasara desapercibida durante el acto quirúrgico, indica el Jefe de Servicio de Cirugía del HUNSC que ello es posible; en este caso, la intervención transcurrió dentro de los cauces normales y el cirujano, ajeno a la complicación, finalizó la intervención y dio el alta a la paciente al día siguiente, tras una evolución satisfactoria y en buen estado de salud; no constituyendo las complicaciones posteriores surgidas ni impericia ni infracción de la *lex artis*.

Por otra parte, del expediente también resulta la corrección de la asistencia sanitaria prestada a la ahora reclamante con posterioridad al alta de la citada intervención quirúrgica, pues una vez detectada la perforación del sigma se pusieron a su disposición todos los medios necesarios para tratar de curar la enfermedad, como efectivamente ocurrió.

Así, informa el Servicio de Inspección que la evolución posterior estuvo condicionada por la complicación derivada de la perforación del sigma y fueron subsanadas con prontitud, indicando asimismo el Jefe de Servicio de Cirugía del HUNSC que se proporcionaron a la paciente unos cuidados postoperatorios intensivos eficaces que hicieron posible su recuperación.

Por último, debemos señalar que carece de fundamentación lo manifestado por la interesada en su escrito de reclamación en el que señala que como secuela de la asistencia sanitaria prestada «en la actualidad presenta anomalías en la pleura que, según indicaciones de su médico, seguirá padeciendo de por vida» pues no aporta prueba alguna que ratifique tal aseveración. Por el contrario, en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones se señala sobre este particular que «Con fecha

23 de abril de 2010 su médico de cabecera solicita rx de tórax por antiguo derrame pleural. No constando otra referencia al respecto, ni solicitud de estudio neumólogo ni padecimientos pulmonares en el curso de su historial en atención primaria».

En definitiva, en el presente caso procede concluir que la asistencia sanitaria que le fue prestada a la reclamante fue acorde a la *lex artis*, pues se utilizaron en su caso las técnicas quirúrgicas y los tratamientos adecuados ante la patología inicialmente padecida, así como en orden a solventar la complicación detectada días después de la intervención.

5. Ahora bien, entrando ya en el segundo de los motivos alegados por las reclamante, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición de la paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquélla reciba cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos.

En este sentido, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de carácter básico, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, enuncia en su art. 2, entre sus principios básicos, la exigencia, con carácter general, del previo y preceptivo consentimiento de los pacientes o usuarios para toda actuación en el ámbito de la sanidad, que debe obtenerse después del que el paciente reciba una información adecuada y que se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley (apartado 2). Asimismo, queda recogido el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, tras recibir la información adecuada (apartado 3 del mismo precepto), y a negarse al tratamiento, salvo en los casos previstos en la ley (apartado 4). El art. 4 regula el derecho a la información asistencial de los pacientes, como medio indispensable para ayudarle a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad, correspondiendo garantizar esa información, con el contenido previsto en el art. 10, al médico responsable del paciente, así como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, reconociéndose también el derecho a no recibir información (aunque con los límites contemplados en el art. 9.1). Por lo que se refiere al consentimiento informado, el art. 8 prevé que «toda actuación en el ámbito de la salud de un

paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso», y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito.

El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

En este sentido, la jurisprudencia de manera constante ha venido sosteniendo que la falta o insuficiencia de la información debida al paciente constituye una infracción de la *lex artis* que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias entre las diversas opciones vitales que se le presentan, como expresamente reconocen las SSTS de 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero y 10 de octubre de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, 30 de septiembre de 2009 y 16 de marzo, 19 y 25 de mayo, 4 de octubre de 2011, 30 de abril de 2013 y 26 de mayo de 2015, entre otras.

En el presente caso, consta, como ya se ha indicado, el consentimiento informado relativo a la intervención quirúrgica en el que, entre los riesgos específicos propios de la laparoscopia, se indica la posibilidad de sufrir «lesiones de órganos (intestino delgado, grueso, uréteres, vejiga)», y en el que consta como riesgo propio de la paciente que puede producir el aumento o la aparición de riesgos o complicaciones el «síndrome adherencial severo». Los posibles riesgos así como su patología de base como factor que podía suponer un mayor riesgo de sufrir tales lesiones fueron por consiguiente conocidos y asumidos por la paciente en el momento en que manifestó su consentimiento a la intervención, por lo que, desde esta perspectiva, la asistencia sanitaria puede considerarse también ajustada a la *lex artis*.

Por todo ello, procede concluir que la desestimación de la reclamación que se propone es ajustada a Derecho, al no concurrir en el presente caso los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación presentada se considera conforme a Derecho.