



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 6 9 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 21 de febrero de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 14/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 7 de octubre de 2015 a instancia de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia prestada en centro del SCS.

2. La interesada cuantifica la indemnización que reclama en 80.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad 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), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de ésta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, 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.

No obstante, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC nº 4, de 8 de enero de 2015) de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General 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.

5. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La interesada funda su reclamación en los siguientes hechos:

Fue intervenida en la Clínica (...), por la Dra. (...), de dos fisuras anales, realizándole una «esfinterotomía lateral interna» el 2 de octubre de 2014 firmando el informe de alta en esa misma fecha.

Fue dada de alta el 3 de octubre de 2014 a pesar de que «la noche del 2 al 3 de octubre vomitó en varias ocasiones, padeció diarreas, incluso se desmayó, lo cual puso en conocimiento del personal de planta» y que «por la mañana continuó con vómitos, lo cual fue nuevamente puesto en conocimiento del personal que en ese momento se encontraba en planta razonando el mismo que eran molestias normales de la anestesia».

El alta (firmado el día anterior) se le entregó sin haber sido explorada por ningún médico, que no se le programó ninguna cita para supervisión post-operatorio.

Continúa refiriendo que el malestar persistió durante una semana hasta el día 7 de octubre de 2014 en que empeoró (hizo fotos de la zona afectada), siendo su madre la que acudió al Centro de Especialidades (...) sin cita resultando que ese día no tenía consulta la facultativa y la enfermera le dio cita para el lunes 13 de octubre a las 11:30 h. Al día siguiente acudió nuevamente la madre de la reclamante a la consulta de la médico (...) y le mostró las fotos siendo en ese momento cuando cita a la paciente para el día siguiente. La madre hizo el ofrecimiento de llevar a su hija en ese momento lo cual no fue considerado.

El día 9 de octubre de 2014 acudió la interesada al Centro (...) y la médica la remitió a la Clínica (...), donde fue nuevamente intervenida. Tras realizársele un TAC y pasar a la sala de despertar, fue trasladada al Hospital Insular de Las Palmas, volviendo a ser intervenida en quirófano pasando la noche en la UVI.

Asimismo refiere que en el Hospital Insular les informan que «había sido intervenida quirúrgicamente de nuevo y padecía gangrena de Fournier alrededor del ano, teniendo todo el tejido necrosado, subiendo por la vagina tejido perineo rectal y la última parte del recto conectado con la zona de necrosis. Siendo la infección bastante grande y muy grave, planteándose la colostomía para favorecer la cicatrización de la perforación que padecía en el recto especificando como posible causa una infección en la primera intervención. (...) Permanece ingresada en el Hospital Insular, y en fecha 11 de octubre de 2014 se le realiza en quirófano el denominado “lavado y revisión”, así como los días 14, 16, 18, 20 de octubre y 7 de noviembre de 2014».

El 17 de noviembre de 2014 es dada de alta con recomendaciones postoperatorias y con citas para Cirugía General para el día 5 de diciembre de 2014 y Cirugía Plástica el 21 de noviembre de 2014.

En la fecha de la primera intervención se encontraba trabajando en el (...) con categoría cajera en el cual pidió permiso para realizar la sencilla operación que tenía programada y al comprobar que no se podía reincorporar a su puesto de trabajo por estar ingresada en estado muy grave en el Hospital Insular procedieron a despedirla. Precisó para la curación de sus lesiones además de primera asistencia facultativa, de tratamiento médico quirúrgico con ingreso hospitalario, varias intervenciones quirúrgicas desbridamientos, lavados, calmante, antiinflamatorios, antibióticos,

supervisión postoperatoria, terapia psicológica. A la reclamante le han quedado secuelas físicas y psicológicas, funcionales así como perjuicio estético.

2. Consta en el expediente la apertura, posteriormente archivadas, de las Diligencias Penales previas 1552/2015 por el Juzgado de Instrucción número 6 de Las Palmas de Gran Canaria al presentarse denuncia por la interesada contra la médico que le practicó la primera operación. En dichas Diligencias obra un informe pericial médico-forense en el que se concluye lo siguiente:

- Consideramos correcta la actuación médica en la intervención quirúrgica «Esfinterotomía interna» realizada como tratamiento para la fisura de ano. Así como la determinación, dada la estabilidad del cuadro clínico y normalización de parámetros, de cursar el alta médica, con consenso con la paciente y la familia y donde se incluyó el cuidado y vigilancia de la herida así como las medidas dietético-higiénicas recomendadas para seguir en el domicilio.

- Que la evolución postoperatoria de la informada fue tórpida y después de unos días la familia logró ponerse en contacto con la médico en el Centro de Especialidades donde pasa consulta para explicarle la situación y mostrarle una imagen, pero con todo no podemos concluir que la tardanza en resolver la situación de riesgo vital que sufrió la paciente sea responsabilidad de la médico puesto que entendiendo la confianza en que todo fuera pasajero consideramos que ante la mala evolución se debería haber acudido a un Servicio de Urgencias de forma inmediata, tanto de la Clínica donde había sido intervenida como de un Hospital de referencia.

- Dado que el manejo de las infecciones necrotizantes severas de partes blandas requiere desde su diagnóstico de un precoz y agresivo tratamiento multidisciplinario médico-quirúrgico, se considera que todos los actos médicos se realizaron conforme a la «lex artis ad hoc», desde el momento en que la facultativa tratante realizó la exploración física de la paciente.

- Que las lesiones residuales que presenta la informada (cicatrices antiestéticas con pérdida de sustancia), se considera la consecuencia del tratamiento necesario ante una complicación de la propia cirugía empleada, que si bien no es muy frecuente, se encuentra incluida dentro de las posibles complicaciones tal y como aparece en el consentimiento informado.

3. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

- El día 2 de junio de 2014, la paciente de 31 años de edad, es atendida por la médico cirujano en el CAE (...), presentando proctalgia y rectorragias. Tras la exploración clínica se llega al diagnóstico de fisura anal y se decide tratamiento médico con Rectogesic pomada durante 8 semanas, dos veces al día, conjuntamente con medidas higiénico dietéticas.

Con el tratamiento pautado experimenta ligera mejoría, sin rectorragia pero con dolor. Se decide, por tanto, intervenir quirúrgicamente y se le incluye en lista de espera quirúrgica.

- El día 2 de octubre de 2014, la paciente sin antecedentes personales de interés, firma el documento de consentimiento informado antes de ser intervenida en la Clínica (...) de fisura anal, realizándole esfinterotomía lateral interna. Cursa alta hospitalaria a domicilio, el 3 de octubre, sin complicaciones.

- Sin embargo, el día 9 de octubre, tras valoración de evolución y control en consulta, la paciente manifiesta estar muy dolorida. En la exploración se observa celulitis en ambas nalga con placas de necrosis. Se decide reingreso en la Clínica (...) para estudio radiológico y posterior desbridamiento quirúrgico. Tras ello, se realiza tratamiento quirúrgico bajo anestesia general, ante la sospecha de una gangrena de Fournier evidenciando dos placas necróticas de 10x5 cm, a nivel perineal izquierdo y de 5x4 cm en lado derecho, con gran absceso que diseca ambas fosas isquiorrectales, paralelo a la pared vaginal alcanzado hasta la fosa obturatriz. Además presentaba una perforación rectal a un cm de margen anal en pared lateral izquierda, sin poder determinar indemnidad de esfínteres. Se realizó gran desbridamiento y lavados con posteriores reintervenciones cada 48 horas para revisión y lavados (los días 11/ 10, 12/10, 14/ 10, 16/10, 18/ 10 y 20/10). Se administró tratamiento intravenoso con Ciprotloxacino y Metronidazol. En la historia clínica de consulta del CAE (...), en fecha 15 de octubre, se anota curas diarias en quirófano.

La paciente presentó una evolución favorable postoperatoria con mejoría del aspecto de las heridas en cada lavado, continuado posteriormente con curas en la planta de hospitalización. Dada la gran pérdida de sustancia perianal bilateral de 9x4 cm, es valorada por Cirugía Plástica.

- El día 7 de noviembre de 2014, se le interviene quirúrgicamente para desbridamiento y cobertura de las heridas. Es buena la evolución posterior, y se le cursa el alta hospitalaria a domicilio el 17 de noviembre de 2014, con indicación de control y evolución post-cirugía en Consultas Externas de Cirugía General. En la

historia clínica de consulta del CAE (...), el día 17 de noviembre de 2014, se anota alta hospitalaria.

- El día 15 de diciembre de 2014, en Consulta Externas de Cirugía General, la paciente es valorada, presentado una buena evolución, con continencia para heces y gases y buen aspecto de las heridas.

- El día 12 de enero de 2015 es valorada presentando buena evolución con tacto rectal normal, solicitando rectoscopia de control.

- El día 30 de marzo de 2015 acude con el resultado de la colonoscopia que no observa lesiones en la mucosa ni alteraciones en la morfología; canal anal con cambios postquirúrgicos sin observar trayectos fistulosos, decidiéndose control en un año.

- El día 18 de abril de 2016, estando la paciente asintomática, con buena continencia para heces y gases, heridas cicatrizadas y con buen aspecto, se cursa el alta definitiva.

Ante tales hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

«1.- La gangrena de Fournier es una enfermedad infecciosa sinérgica polimicrobiana, que se define como una fascitis necrotizante tipo I que afecta a la región perineal, genital o perianal, caracterizada por una evolución fulminante, presentando una rápida progresión, y que se extiende a lo largo de los planos fasciales, produciendo endometritis obliterante y trombosis de los vasos subcutáneos, resultando una necrosis del tejido isquémico que incluso puede comprometer la pared abdominal.

2.- La gangrena de Fournier constituye una emergencia quirúrgica puesto que resulta potencialmente letal. Afecta a hombres, mujeres y niños, presentando una gran variabilidad en las manifestaciones clínicas, la cual se ha visto incrementada por el aumento de la población inmunodeprimida. Debido a esto último, se requiere un tratamiento agresivo, oportuno y multidisciplinario con el fin de obtener los mejores resultados en este grupo de pacientes.

3.- Las causas más comunes son: Las infecciones anorrectales (30%-50%), infecciones genitourinarias (20%-40%) e infecciones cutáneas (20%). El origen anorrectal es la etiología más frecuente y tiende a presentar un peor pronóstico.

(...)

4.- La tasa de mortalidad fluctúa de un 3 a un 38% en las distintas series, dependiendo de la agresividad de la patología y la precocidad del tratamiento quirúrgico. El riesgo de mortalidad aumenta con la edad y el compromiso sistémico, siendo las causas de muerte más

frecuentes: la sepsis severa, coagulopatías, insuficiencia renal aguda, cetoacidosis diabética y falla multiorgánica.

No obstante, en el caso que nos ocupa y como dijimos, la paciente presentó una evolución favorable postoperatoria, por la celeridad de actuación de los servicios asistenciales quirúrgicos, el preciso diagnóstico, el eficaz y urgente tratamiento mediante procedimiento quirúrgico y las medidas antibióticas y curativas post-quirúrgicas diarias».

Por último, el SIP concluye con que:

1.- Consideramos que, a tenor de los síntomas y signos detectados en la paciente en el momento de su asistencia, por presentar la paciente dolor en el postquirúrgico inmediato, los servicios asistenciales quirúrgicos actuaron con rapidez, y en consonancia con todo ello, se decide un diagnóstico y se pauta el tratamiento urgente quirúrgico a seguir. Entendemos que tal decisión fue la adecuada, ajustada a la clínica que presentaba la paciente en aquel momento.

2.- Consideramos, que se actuó sin demora, obteniendo -como resultado de la eficaz y diligente acción emprendida-, rendimiento de la infección y la necrosis, permitiendo la continencia para heces y gases, buen aspecto de las heridas y tacto rectal normal. En la colonoscopia postquirúrgica realizada, no observaron lesiones en la mucosa ni alteraciones en la morfología; canal anal con cambios postquirúrgicos pero sin observar trayectos fistulosos. El 18 de abril de 2016 estando la paciente asintomática, con buena continencia para heces y gases, heridas cicatrizadas y con buen aspecto, se le cursa el alta definitiva.

3.- Por los Informes obrantes en el expediente, se debe inferir que no se ha vulnerado la buena práctica médica, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de correcta.

4.- No quedaría probado por parte de la paciente hoy reclamante que existió demora en la actuación de los servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en los casos de una gangrena de Fournier, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*. La adecuación a la *lex artis* -que de los informes obrantes en el expediente se infiere-, no ha sido contradicha por la señora reclamante.

5.- Consideramos que la paciente firmó los documentos de consentimiento informado (cirugía y anestesia), el 2 de octubre de 2014, previo al procedimiento quirúrgico de esfinterotomía interna, por contraer la paciente una fisura anal. Por

ello y por la excelente praxis médico-quirúrgica, la actuación de los servicios asistenciales no resulta antijurídica.

4. Además de la documentación que sustenta sus alegaciones, aporta fotografías tomadas en distintos momentos, desde inmediatamente después de ser intervenida por primera vez, en octubre de 2014 hasta febrero de 2015.

También consta la práctica de la prueba testifical en la persona de la cirujana que intervino a la reclamante, quien manifestó:

No le consta que la noche del 2 al 3/10/2014, la paciente presentó malestar, vomitando, con diarreas, llegando a sufrir un desvanecimiento, sin perjuicio que puedan ser síntomas de la anestesia y que se puede solventar en el centro por el personal sanitario.

Aunque no vio a la reclamante el día del alta, tenía que verla después de operados a los 7 o 12 días, según la patología, y que acuden sin cita.

Según le comentó la enfermera (el día de quirófano y no de consulta) la madre de la reclamante llamo al CAE comentando que se encontraba mal y se le comentó que acudiera al Servicio de Urgencias o que fuera al día siguiente a consulta, cosa que no ocurrió. Al día siguiente, nuevamente la madre acudió al centro de salud no acudiendo la paciente.

Es el día 9 de octubre cuando la interesada acude al CAE y es la primera en ser vista y valorada, siendo ingresada de modo urgente en el Centro, donde fue intervenida la primera vez.

También confirma que se advirtió a la paciente de los posibles problemas derivados de una operación de este tipo y que el consentimiento informado está firmado y donde consta toda la información pertinente.

5. Dado el preceptivo trámite de audiencia, la reclamante no presentó alegaciones.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la reclamante al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que de lo actuado no solo no se aprecia mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, sino que fue la evolución tórpida del postoperatorio la que produjo los daños por los que reclama, complicaciones de las que fue informada, y que pudo evitar su gravedad si hubiera acudido a los servicios de urgencias ante los primeros síntomas.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera 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. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. 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 (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) 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).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que por haberse dado el alta tras intervención quirúrgica por desgarro anal sin que, lo que constituye una mala praxis, hubiera sido explorada por médico alguno y basándose en un informe realizado el día anterior, se produjo una mala evolución postoperatoria que desembocó en gangrena de Fournier, permaneciendo ingresada tras varias intervenciones hasta el 17 de noviembre, habiéndole quedado secuelas físicas, psicológicas y funcionales, así como perjuicio estético. Sin embargo, sin la prueba de que, efectivamente, el alta le produjo la mala evolución de postoperatorio (y las secuelas por las que reclama) es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y el los supuestos daños por los que reclama.

Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. La reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por contra, la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que la actuación médica en la intervención quirúrgica esfinterotomía interna realizada como tratamiento para la fisura de ano, así como que la determinación, dada la estabilidad del cuadro clínico y normalización de parámetros, de cursar el alta médica, fueron totalmente correctas, donde además se incluyó el cuidado y vigilancia de la herida así como las medidas dietético-higiénicas recomendadas para seguir en el domicilio.

Pese a la evolución postoperatoria tórpida, es la propia reclamante la que se pone en situación de riesgo vital ya que, ante la mala evolución del postoperatorio debió haber acudido a un Servicio de Urgencias de forma inmediata, tanto de la Clínica donde había sido intervenida como de un Hospital de referencia.

Una vez detectada la gravedad de su estado mediante exploración física de la paciente, dado que el manejo de las infecciones necrotizantes severas de partes blandas requiere desde su diagnóstico de un precoz y agresivo tratamiento multidisciplinario médico-quirúrgico, se le realizan distintas intervenciones para tratar el síndrome necrotizante, poniendo todos los medios necesarios, por lo que se considera que todos los actos médicos se realizaron conforme a la «lex artis ad hoc».

Tanto el informe forense, en que se basó el archivo de las Diligencias Penales, como el del SIP, concluyen con que las lesiones por las que reclama son consecuencia de su patología y del tratamiento necesario ante una complicación de la propia cirugía empleada, que si bien no es muy frecuente, se encuentra incluida dentro de las posibles complicaciones tal y como aparece en el consentimiento informado. Todo ello se produce de acuerdo con la *lex artis*, ya que la situación clínica de la reclamante en el momento del alta de la primera intervención, según su historia clínica, era estable.

3. En cuanto al consentimiento informado, este Consejo Consultivo ha destacado de forma insistente, la última en nuestro reciente Dictamen 33/2018, 26 de enero, que:

«(...) siguiendo la reiterada y constante jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia, referida en el mismo, el consentimiento informado constituye 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 y 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 este, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica».

Además, en dicho dictamen se señaló igualmente lo que sigue:

«Este Consejo Consultivo, como no podía ser de otro modo, sigue la doctrina jurisprudencial relativa a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario (por todos, Dictámenes 42/2016, de 18 de febrero y 50/2016, de 18 de febrero), la cual se expone claramente en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, de 9 de octubre de 2012, en la que se insiste en que las prestaciones del sistema sanitario público consisten en una obligación de medios y no de resultados, tal y como se ha señalado anteriormente».

Doctrina que es aplicable al presente asunto, pues en modo alguno se ha probado que la actuación del Servicio haya sido contraria a la *lex artis* o que la Administración sanitaria haya incumplido en algún momento su obligación de medios, por los motivos ya expuestos con anterioridad.

4. En definitiva, la interesada no ha probado que los daños por los que reclama sean consecuencia del servicio sanitario recibido, habiéndose acreditado, por el contrario, que ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc*, mientras que, por último, la firma del consentimiento informado obliga a quien lo suscribe a soportar las posibles consecuencias indeseadas, circunstancias todas ellas que, como hemos razonado, imposibilitan el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la administración, por lo que se ha de concluir con la Propuesta de Resolución que la desestimación de la pretensión resarcitoria es ajustada a Derecho.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho.