



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de mayo de 2020.

Dictamen solicitado por la Excm. 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 (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 64/2020 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 11 de febrero de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 13 de febrero de 2020.

2. Si bien no se cuantifica la cuantía reclamada, viene entendiendo este Consejo que, en estos casos, habiendo remitido la Administración solicitud de dictamen, asume que aquélla supera los 6.000 euros, de lo que se deriva la preceptividad del dictamen. Asimismo, la competencia del órgano solicitante y la competencia del Consejo se fundamenta en los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, 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).

3. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada, resulta de aplicación la citada Ley 39/2015 porque la reclamación ha sido presentada después de la entrada en vigor de la misma.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

También son aplicables la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 11/1994 de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

4. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...), al haber sufrido en su esfera personal y patrimonial el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004 y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la 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.

7. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, al haberse presentado dentro del plazo de un año para reclamar establecido en el art. 67.1 LPACAP. Y es que la interesada interpuso aquel escrito el 3 de diciembre de 2018, respecto de un daño que quedó determinado el 1 de noviembre de 2018, al ser dada de alta de la segunda intervención quirúrgica a la que fue sometida el 1 de noviembre de 2018, por lo que no ha transcurrido más de un año entre el hecho por cuyo resarcimiento se reclama y la interposición del escrito de reclamación.

8. A la tramitación del procedimiento en que se ha aprobado el presente Dictamen le ha resultado de aplicación el RD 463/2020, de 14 de marzo, declarando el estado de alarma en todo el territorio nacional. En atención al mencionado RD se dictó por el Presidente de este Consejo Consultivo la Resolución 14/20, de 17 de marzo, ordenando la interrupción de los plazos para la aprobación de dictámenes, lo

que ha afectado a la tramitación de este procedimiento consultivo. No obstante, mediante Resolución de la Presidencia 20/2020, de 19 de mayo, se acordó el levantamiento de la suspensión tras la publicación en el BOC de la Resolución de 23 de abril, del Presidente del Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud, por la que se acuerda la continuación de la tramitación de procedimientos administrativos, considerados indispensables para la protección del interés general o para el funcionamiento básico de los servicios, en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

II

La interesada, en su escrito de reclamación, expone como hechos en los que la fundamenta, los siguientes:

Como consecuencia de la detección de un tumor ovárico fue intervenida en el Hospital Dr. José Molina Orosa el 22 de marzo de 2018 practicándosele anexectomía bilateral por laparotomía, siendo dada de alta el 26 de marzo de 2018.

Posteriormente, el 28 de mayo de 2018 acudió a la primera revisión y consulta comunicándole la Dra. (...) que *«todo está bien»* y que acudiera a revisión en 6 meses.

Sin embargo, el 17 de julio de 2018 recibe una llamada telefónica por la que se le cita a consulta de ginecología para la mañana siguiente y le comunican que deben intervenir nuevamente preguntándose la interesada por qué no se lo comunicaron en la cita de la revisión donde ya constaba el diagnóstico del tumor (mucinoso).

Finalmente fue nuevamente intervenida el 30 de octubre de 2018.

Solicita por ello una indemnización que no cuantifica, limitándose en su escrito de mejora a señalar que se solicita la cuantía *«que corresponda en este tipo de negligencia, por mala praxis, donde se derivó en un aumento del sufrimiento por daños y perjuicios»*.

III

1. En cuanto a la tramitación del procedimiento, no se han producido irregularidades que obsten la emisión de un dictamen de fondo.

Constan las siguientes actuaciones:

- El 18 de diciembre de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación, de lo que ésta recibe notificación el 27 de diciembre de 2018, aportando lo solicitado, excepto cuantificación exacta de la indemnización, el 3 de enero de 2019.

- Por Resolución de 15 de enero de 2019 se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que es notificada aquélla el 22 de enero de 2019.

- El 16 de enero de 2019 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que lo emite, tras haber recabado la documentación oportuna - historia clínica e informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Lanzarote Dr. José Molina Orosa-, el 12 de abril de 2019.

- Con fecha 7 de mayo de 2019 comparece la interesada solicitando acto de proposición de pruebas y es informada acerca del estado de tramitación del procedimiento. En ese acto manifiesta que no dispone de más pruebas que las ya aportadas y que entre ellas consta informe del que se deriva «*error de diagnóstico*».

- El 10 de mayo de 2019 se dicta acuerdo probatorio, nuevamente dictado el 29 de mayo de 2019 al detectar error en los datos de la interesada, en el que se incorporan las pruebas aportadas por la Administración, y se admiten las aportadas por la interesada y, puesto que todas ellas son documentales y obran ya en el expediente, se declara concluso este trámite. De ello recibe notificación por la reclamante el 31 de mayo de 2019.

- En aquellas mismas fechas se dicta y se notifica trámite de audiencia, sin que la reclamante haya presentado alegaciones.

- El 25 de octubre de 2019 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, constando en igual sentido borrador de Resolución de la Directora del Servicio Canario de la Salud, sin fecha, lo que es informado favorablemente por el Servicio Jurídico el 23 de diciembre de 2019, por lo que el 7 de febrero de 2020 se dicta Propuesta de Resolución definitiva que se remite a este Consejo para la emisión del preceptivo dictamen.

2. Por otra parte, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. Sin embargo, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su caso, económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, y, en especial del SIP.

2. Pues bien, en efecto debe ser desestimada la reclamación interpuesta, para lo cual es preciso señalar los antecedentes de relevancia en relación con el presente procedimiento que constan en la historia clínica de la reclamante.

La reclamante presentaba una masa abdominopélvica de 20 cm diámetro y tras los estudios pertinentes TAC, Resonancia Magnética y marcadores tumorales el 23 de febrero de 2018 y teniendo en cuenta que es una mujer menopáusica desde los 39 años, se le propone una laparotomía con doble anexectomía, la paciente acepta y se pone en lista de espera quirúrgica.

Suscribe el documento de consentimiento informado el día 26 de marzo de 2018.

Es intervenida el día 18 de mayo de 2018 en el Hospital General de Lanzarote mediante laparotomía y se realiza *«anexectomía bilateral, de ambos ovarios y trompas. Tumor anexial gigante de ovario»*. Tras buena evolución se le da el alta a domicilio el 26 de marzo de 2018.

Consta en la historia clínica que la paciente acude a revisión el 28 de mayo de 2018 y se realiza exploración y se le facilitan los datos de anatomía patológica entre los que se señala *«(...) en la anexectomía izquierda: tumor mucinoso borderline (tumor mucinoso de bajo potencial maligno mixto, tipo intestinal y endocervical asociados)»*.

Asimismo, consta en la historia clínica anotación de la facultativa especialista en Ginecología explicativa de la razón por la que se cita a la paciente el mes de julio de 2018: *«porque tras comentar resultado de anatomía patológica con centro de referencia de Las Palmas, me comentan que es imprescindible completar cirugía de estadificación. Deberá ser remitida a centro de referencia con estudio de TAC realizado previamente. Explico a la paciente que lo entiende y solicito nuevo TAC»* (nota clínica de 18 de julio de 2018).

Se realiza el TAC el 2 de agosto sin hallazgos significativos.

Tras ser citada telefónicamente acude a consulta de ginecología el día 24 de septiembre y se le informa de su traslado a Las Palmas, consta en la nota clínica

«Hablo con la paciente y explico que debe acudir a consulta de ginecología oncológica del hospital de referencia para valoración de completar o no cirugía».

Siendo el 27 de septiembre cuando en consulta del Complejo Hospital Materno Infantil de Las Palmas se le explican las opciones y tras aceptar la cirugía que se le propone se incluye la lista de espera quirúrgica.

El 30 de octubre de forma programada se interviene nuevamente a la reclamante para realizarle mediante laparoscopia histerectomía, apendicectomía y omentectomía con estudio anatomopatológico que informa de que no se objetiva enfermedad.

El postoperatorio es normal, cursa el alta el 1 de noviembre de 2018 y el comité de tumores el 9 de noviembre de 2018, estadifica el tumor en Estadio 1A *«ovario borderline, no precisa tratamiento complementario. Las pruebas complementarias de imagen son negativas para metástasis»*.

Según indica el Servicio de Inspección y Prestaciones en su informe, se efectúan *«controles posteriores por el Servicio de Ginecología Oncológica Pélvica del CHUMI de las Palmas, encontrándose bien la paciente»*.

3. A la vista de tales antecedentes se han emitido informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Lanzarote, José Molina Orosa, el 7 de febrero de 2019, y, de acuerdo con lo contenido en el mismo y en el resto de documentos obrantes en el expediente, así como en el informe del SIP, se deriva, sin duda, la corrección, conforme a la *lex artis*, de la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

Efectivamente, tal y como concluye la Propuesta de Resolución, no hubo error de diagnóstico, en contra de lo que alega la reclamante, pues su argumentación se fundamenta en que hubo de ser intervenida por segunda vez al haberse producido un error de diagnóstico antes de la primera intervención, habiéndose podido evitar la segunda.

Sin embargo, tal y como explica el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, y recoge el informe del SIP, la masa abdominopélvica que presentaba la reclamante se identificó tras la primera intervención como tumoración ovárica borderline mucinosa y ya desde la primera intervención se contemplaba la posibilidad de reintervención tras la anatomía patológica, tal y como consta en el documento de consentimiento informado suscrito por la interesada el 26 de marzo de 2018, donde consta:

«8.- Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente (...) informada de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para completar la anterior».

Y es que, según el referido informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología *«la cirugía es necesaria para un diagnóstico ya que estos tumores se presentan como masa sospechosa de cáncer de ovario. La meta es la confirmación histológica de la lesión siendo pues necesaria la ooforectomía previa».*

En ese sentido, explica el informe del SIP que *«en cualquier caso, el diagnóstico definitivo de la masa anexial se establece mediante el estudio histológico intraoperatorio. Sin embargo, se ha descrito un sub-diagnóstico del 25-30% para diferenciar TBO de un tumor maligno».*

Y continúa explicando que *«La consecuencia clínica de dicho límite es la necesidad de reoperación para estadificar quirúrgicamente los casos que habían sido TBO en el diagnóstico intraoperatorio.*

La cirugía constituye el tratamiento inicial de los TBO. Su principio es igualmente que el cáncer invasor, extirpar toda la enfermedad macroscópicamente visible.

La estadificación quirúrgica recomendada incluye histerectomía, omentectomía, biopsias peritoneales múltiples y citología peritoneal. En caso de TBO mucinosos, se debe realizar también apendicetomía. Por otro lado, el diagnóstico también puede realizarse al momento de la extirpación de un quiste de ovario aparentemente benigno. En este caso el dilema es si la paciente debe o no reoperarse con el objetivo de completar la estadificación quirúrgica y realizar una inspección cuidadosa de toda la cavidad abdominal y pélvica para detectar la presencia de posibles implantes peritoneales. Según los datos de la literatura, debe ser realizada principalmente en los subtipos serosos. Sin embargo, la mayoría de los autores lo recomiendan de forma rutinaria, independientemente del subtipo histológico del TBO».

De todo ello, concluye el informe del SIP, y así se recoge correctamente en la Propuesta de Resolución:

«a) La segunda intervención era una posibilidad descrita (Documento de consentimiento informado citado).

b) La segunda intervención resultó necesaria.

En la primera se extirpa lo macroscópicamente visible y se realiza anatomía patológica. Explica el informe del Servicio de Inspección que hay un límite en el primer diagnóstico que se puede despejar con una segunda cirugía e igualmente diagnosticaríamos la posible existencia de implantes peritoneales del tumor que son al inicio microscópicos.

La estadificación quirúrgica recomendada es el segundo paso posible por realizar por tanto en estos tumores.

Se recomendó a la paciente la segunda intervención, lo cual aceptó realizándose el estadio de la tumoración “tipo I A”.

c) Se consiguieron tras las intervenciones practicadas unos resultados óptimos. Se desplegaron todos los medios disponibles para procurar la curación de la paciente».

4. Por otra parte, otro de los presupuestos necesarios para una adecuada práctica médica es el consentimiento informado exigido en los arts. 8 y siguientes de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Como de forma constante ha sostenido la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, sino también que aquél 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 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 de 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 ayudarlo 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 lo 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, su art. 8.2 determina que el consentimiento será verbal por regla general, salvo en los supuestos que el propio precepto excepciona (intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente). En cuanto a las condiciones de la información a los efectos de recabar el consentimiento por escrito, el art. 10 exige que el facultativo proporcione al paciente la información básica relativa a las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales, los que resulten probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones.

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.

La interpretación que el Tribunal Supremo ha venido realizando con base en lo previsto en la Ley General de Sanidad en cuanto a la exigencia de detalles en la información que ha de darse al paciente comporta dos consecuencias fundamentales:

- La regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin

embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información.

- Esta regulación implica además que el defecto de consentimiento informado se considera como incumplimiento de la *lex artis ad hoc* y revela una manifestación de funcionamiento anormal de la Administración. Por el contrario, su cumplimiento en debida forma supone que es el paciente quien asume las consecuencias derivadas de las actuaciones sanitarias, siempre y cuando éstas hayan sido conformes a la *lex artis ad hoc*. 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 caso, lo anterior implica que, aunque pese a que la cirugía se desarrolle correctamente y sin incidencia alguna, como aquí ocurrió, se pueden producir diversas consecuencias sobre las que se informó previamente a la reclamante, concretamente sobre la necesidad de una segunda intervención, una vez realizado el estudio anatomopatológico posterior y/o intraoperatorio del tumor extirpado, con el objetivo de completar la estadificación quirúrgica y realizar una inspección cuidadosa de toda la cavidad abdominal y pélvica para detectar la presencia de posibles implantes peritoneales, como consta en el documento de consentimiento informado, en los términos que ya hemos reproducido, y al que se refiere el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, recogido también en el informe del SIP.

Consecuentemente, la reclamante, prestando su consentimiento a la realización de la intervención quirúrgica, con carácter previo a su ejecución y con pleno conocimiento de los posibles riesgos, específicamente sobre la posible realización de

una segunda operación con los fines indicados, aceptaba los beneficios de la intervención, pero también sus posteriores riesgos, complicaciones y, en este caso, la necesidad de una nueva intervención.

Así, este Consejo Consultivo ha señalado en supuestos similares, como en el Dictamen 117/2019, de 4 de abril, aplicable también a este caso, que:

«Por lo tanto, lo acontecido supone la producción efectiva de uno de los riesgos que se incluían en dicha documentación, sin que se pruebe por la interesada que se deba a una mala praxis, como ya se manifestó, ni que los servicios sanitarios no intentaron evitarlos y paliar sus consecuencias con la totalidad de los medios de los que dispone el SCS.»

En relación con ello, este Consejo Consultivo ha manifestado reiteradamente, siguiendo la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en la materia que la regulación del consentimiento informado implica que la responsabilidad por las consecuencias que puedan surgir de los posibles riesgos derivados de las actuaciones médicas, siempre y cuando se haya actuado conforme a la «lex artis ad hoc», será asumida por el propio paciente (por todos, DDCC 576/2018 y 49/2019)».

5. Por otra parte, hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 87/2019, de 13 de marzo), que según el art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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, 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).

En este caso, la reclamante no ha aportado prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado. Tampoco presentó escrito de alegaciones en contra de los documentos médicos recabados por la instrucción del procedimiento, por lo que no ha aportado prueba alguna que desvirtúe las conclusiones de la Administración y permita fundamentar la responsabilidad de ésta.

6. Por las razones expuestas, no concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta Resolución es conforme a Derecho, debiendo desestimarse la reclamación interpuesta.