



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 13 de enero de 2022.

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. 591/2021 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 15 de julio de 2019 a instancia de (...), por los daños morales consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a su hija, que finalmente resultó *exitus*, en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada solicita una indemnización superior a los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería 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 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).

También es de aplicación 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, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

---

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que la ostenta la reclamante por tener un interés legítimo [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

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.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. 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.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a 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 de este Servicio.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP), toda vez que la reclamación se presentó el 15 de julio de 2019, respecto de unos hechos que sucedieron el 19 de julio de 2018.

## II

1. La sucesión de hechos, según la reclamante, es la siguiente:

- El 12 de julio de 2018, ingresó en urgencias del Hospital Molina Orosa de Arrecife, su hija (...), mayor de edad, y tras diversas exploraciones y dada la patología que presentaba, fue trasladada al Hospital Dr. Negrín y tras distintas pruebas neurológicas y tratamiento no eficaces se produjo su fallecimiento.

Su hija acudió durante el periodo de 2018 hasta su fallecimiento un mínimo de 6 veces a los servicios de urgencias tanto del Hospital Dr. Negrín como del Hospital

Molina Orosa, presentando cuadros clínicos con una sintomatología propia de los aneurismas (causa de fallecimiento) y no le fue practicada ninguna prueba para la confirmación de su padecimiento, siendo dada de alta en los citados servicios con diagnósticos cuanto menos erróneos hasta el último ingreso hospitalario en urgencias en el que se le practicaron pruebas las cuales ya fueron ineficaces en el punto en que se encontraba la lesión que produjo su muerte.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), llega a las siguientes conclusiones:

*«1.- En fecha 8 de febrero de 2018, la paciente fue atendida en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, por dolor en rodilla derecha, desde esa mañana, asociado a dolor lumbar referido desde hace años (tiene antecedentes de escoliosis y dolor de espalda reflejados en historia clínica, desde 2013).*

*Ese mismo día vuelve a consultar a ese Servicio, por el mismo dolor en la rodilla derecha y palpitaciones.*

*2.- A la exploración física la rodilla es dolorosa a la movilización, pero queda reflejado que no hay signos de infección, eso es que la rodilla no está roja, ni caliente, ni hinchada. Al no haber signos de infección, ni traumas asociados, se le prescribe tratamiento y medidas analgésicas, recomendando seguimiento por su Médico de Atención Primaria (AP) y derivación a Traumatología, si no mejoría en una semana.*

*Por otra parte en ambos exámenes físicos realizados la paciente se muestra lábil emocionalmente, presentando a la auscultación ruidos cardíacos rítmicos y taquicárdicos a 128 lpm (lo normal es de 60 a 100 lpm), describiéndose un soplo sistólico, sin otros hallazgos. La tensión arterial, la temperatura y la saturación de oxígeno eran normales. Se le realiza electrocardiograma, describiéndose igualmente taquicardia, sin signos de isquemia o de patología aguda. Durante su estancia en Urgencias se le trata con analgesia y ansiolítico, permaneciendo estable y con mejoría de los síntomas, por lo que causa alta, con las recomendaciones para seguimiento por su Médico de AP, y valoración de la taquicardia y el soplo cardíaco, así como de valoración por Reumatología para descartar enfermedad autoinmune (la paciente había referido encontrarse débil, aunque no había pérdida de peso ni de apetito, y haber tenido episodios de disminución de agudeza visual transitoria (hacía más de 6 meses, con estudio de fondo de ojo normal, sin papiledema).*

*3.- De la información anterior se extrae que no presentaba signos de infección local (la rodilla no estaba roja, ni caliente, ni inflamada), tampoco había signos de infección sistémica: no tenía fiebre. La paciente se mostró lábil (nerviosa), por lo que la presencia de taquicardia y un soplo en ese contexto, no era llamativa, aun así se le realizó*

electrocardiograma, que no mostró hallazgos significativos, o que requiriesen la realización de otros estudios de urgencia.

La paciente fue adecuadamente asistida, se le realizaron los exámenes y tratamiento en consonancia con la clínica presentada, causando alta, tras confirmarse mejoría sintomática, eso es del dolor y las palpitaciones (taquicardia). La presencia de fiebre, sobre todo si es prolongada o persistente, es un criterio a tener en cuenta para sospechar una posible Endocarditis infecciosa o infección sistémica, pero la paciente no tenía fiebre. Tampoco presentaba síntomas ni signos que sugirieran afectación neurológica (no déficit de fuerza, sensibilidad, alteraciones en los reflejos, ni pérdida de control de esfínteres, ni ningún otro), y mucho menos un aneurisma (no cefalea brusca, ni vómitos, ni ningún signo de focalidad neurológica), de lo que se deduce que no era posible su sospecha y por tanto, indicar estudios en su búsqueda.

4.- En fecha 15 de marzo de 2018, la paciente fue atendida en el Servicio de Urgencias del HUGCDN únicamente por dolor en glúteo izquierdo irradiado a miembro inferior de ese lado. Al examen físico presentaba dolor a la palpación de musculatura paravertebral lumbosacra, con signo de Lassegue positivo a 45° izquierdo, eso es irradiación del dolor por la cara posterior de la extremidad hasta el pie al elevar la pierna a 45°, o lo que es lo mismo: signo de estiramiento ciático positivo. El motivo de consulta y el examen físico llevan al diagnóstico de Lumbociatalgia, y en consonancia con ello, se le prescribió el tratamiento oportuno. La paciente no refirió otros síntomas, tampoco fiebre. Sin otra sintomatología asociada y sin la presencia de síntomas ni signos de alarma neurológica (no déficit de fuerza, sensibilidad, alteraciones en los reflejos, ni pérdida de control de esfínteres, ni otros), considero que la atención dispensada a la paciente fue la razonable a la clínica presentada, y que la misma no era compatible con infección (ni endocarditis, ni de ningún otro órgano o sistema), ni con ninguna otra patología o afección neurológica.

5.- Tras el diagnóstico de lumbociatalgia su Médico de AP realizó seguimiento a la paciente, solicitando Rx de columna e interconsulta a Traumatología con carácter normal, dado que no había signos de alarma de compromiso neurológico. Asimismo, dado la taquicardia y soplo detectado en Urgencias, solicitó un nuevo electrocardiograma que mostraba una discreta taquicardia (frecuencia cardíaca en el límite alto de la normalidad), sin otros hallazgos de interés, y una analítica que mostró anemia, lo que motivó que indicara tratamiento para corregirla. Asimismo, realizó interconsulta a Cardiología, quien consideró que la taquicardia (leve) presentada, estaba en relación con la anemia, y el soplo sistólico en relación con la anemia y la taquicardia, por lo que coincidiendo con la actuación del Médico de AP recomendó tratar la anemia.

6.- No hay dejadez, negligencia, ni mala práctica; a la paciente se le indicaron las pruebas diagnósticas y los tratamientos, según la clínica que había mostrado.

7.- En fecha 3 de abril de 2018, acude al Servicio de Urgencias del HDJMO por presentar dolor lumbar irradiado a pierna izquierda (lumbociatalgia ya en tratamiento y seguimiento por su Médico de Familia), desde hace un mes aproximadamente, con dolor previo en rodilla derecha y pies (más bien coincidiendo con el dolor lumbar); ahora inicia desde hace unos cinco días, fiebre de hasta 39.5° C, tos, mocos, flemas. No presenta molestias al orinar ni síntomas gastrointestinales. Al examen físico presenta buen estado general, la tensión arterial es normal. Febril (temperatura 37,9 ° C), con taquicardia (frecuencia cardíaca elevada justificada por la fiebre). La orofaringe (amígdalas) está hiperémica (enrojecida). La auscultación cardiopulmonar describe latidos cardíacos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular audible sin estertores, es decir, normal. La exploración osteomioarticular objetiva dolor a la palpación en región lumbar, cadera y glúteo izquierdos, con contractura en musculatura dorsal-lumbar, y maniobra de estiramiento ciático positiva (típico de lumbociática). Los miembros inferiores se describen simétricos y los pulsos normales. El abdomen y resto de la exploración no muestra hallazgos significativos.

8.- Ante clínica de lumbociática, ya conocida y en seguimiento por su Médico de AP, sin signos de alarma (no déficit de fuerza, sensibilidad, alteraciones en los reflejos, ni pérdida de control de esfínteres), y la presencia actual de síntomas de infección respiratoria (tos, moco, flemas, fiebre desde hace 5 días), se le realiza analítica de orina que descarta infección. La analítica en sangre describe PCR 5,9 (ligeramente aumentada), dato justificado por la clínica infecciosa respiratoria, sin otros hallazgos significativos. La Rx de Tórax descarta insuficiencia cardíaca (índice cardiotorácico es normal y no hay derrames), y también descarta neumonía (no hay infiltrados pulmonares).

9.- La clínica de infección respiratoria con fiebre que justifica la taquicardia, sin afectación pulmonar, sustenta el diagnóstico de cuadro viral agudo (CVA), y el dolor lumbar recidivante en contexto de otros dolores articulares (previos o coincidentes) justifica el diagnóstico de poliartralgias.

10.- En base a la clínica se le administró tratamiento, y presentó mejoría, estando con buen estado general, sin fiebre, con frecuencia cardíaca en límite alto de la normalidad y molestia lumbar, lo que motivó su alta con recomendaciones de tratamiento y vigilancia en domicilio, y estudio ambulatorio de poliartralgias (dolor articular); alta incluso demandada por la propia paciente.

11.- No hay un sólo síntoma que pueda inducir a la sospecha de un aneurisma, ni uno, y mucho menos de un aneurisma expansivo o roto: la paciente tenía buen estado general, no cefalea (ni mucho menos persistente o brusca), ni ningún síntoma o signo de focalidad neurológica presente (no hay confusión ni alteraciones de la memoria, ni alteraciones motoras (de la fuerza), ni déficit sensitivo (de la sensibilidad), ni de la marcha, coordinación

*o equilibrio, ni signos meníngeos (no signos de rigidez de nuca ni de irritación meníngea), ni de los movimientos oculares o reactividad pupilar, tampoco convulsiones, ni ningún otro.*

*12.- La sospecha diagnóstica no surge de un ejercicio de intuición sino muy al contrario es un trabajo deductivo, por razón de síntomas y signos. Sin la evidencia de sintomatología y signología compatibles no hay justificación para sospechar una aneurisma, y por tanto, tampoco es razonable pretender que se hubieran iniciado estudios en su búsqueda, por lo que considero que se siguieron las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido contraria a la lex artis.*

*13.- Asimismo, en relación con las poliartralgias, el Médico de AP, había realizado analítica con determinación de Factor reumatoide (anticuerpo que se eleva en enfermedades reumatoideas), que mostró un resultado normal, pero dado el antecedente de dolores articulares, con proteína C reactiva ligeramente incrementada (dato inespecífico de inflamación), se solicitó interconsulta a Reumatología el 12/04/18, con carácter normal, quedando pendiente de cita en consulta para su valoración. Por lo que la paciente estaba siendo atendida y tratada adecuadamente según la clínica que aquejaba.*

*14.- La clínica que presentó en la mañana del 11 de julio de 2018, con cefalea brusca, visión borrosa, en paciente mareada y muy débil, no tenía ninguna semejanza con la clínica que había manifestado las veces que fue atendida tanto en el HUGCDN, como en el HDJMO, y por esa clínica fue remitida al Hospital, pero la paciente voluntariamente no acudió.*

*15.- Tampoco la clínica por la que tuvo que ser atendida de forma urgente por Médico (ASVA-112), por síncope y fiebre, en paciente con GCS 13 (obnubilada) y con anisocoria, tiene coincidencias con la clínica manifestada con anterioridad, ni tampoco, la clínica con la que llegó al hospital HDJMO, con un GCS 11 y persistencia de anisocoria, y que motivó la realización de TAC, ahora justificado por la clínica neurológica, guarda semejanza alguna con la clínica y asistencias previas.*

*16.- El TAC que ahora si estaba indicado, dada la sintomatología presentada de cefalea brusca, mareo y pérdida de conciencia, con focalidad neurológica, detectó una hemorragia subaracnoidea, una patología grave, con alto riesgo de muerte. También ahora se hicieron todas las pruebas y actuaciones terapéuticas que la clínica demandaba, si bien la paciente hubiera podido ser diagnosticada horas antes, si hubiera acudido a Urgencias Hospitalarias, como le habían indicado en el Centro de Salud.*

*17.- Se conoce que la paciente fue adecuadamente trasladada al Hospital de referencia, para continuar con su estudio y tratamiento, y que allí le fue diagnosticado el aneurisma que fue el causante de la hemorragia subaracnoidea, y conocemos que allí le realizaron todos los estudios pertinentes y, a pesar de todas las intervenciones y actuaciones terapéuticas, la paciente presentaba un proceso grave asociado a complicaciones que condujeron a su exitus.*

18.- *A tenor de los síntomas y signos detectados en la paciente en las asistencias realizadas en 2018 en los Servicios de Urgencias de los hospitales con anterioridad reseñados, las exploraciones y pruebas complementarias estuvieron en consonancia con la clínica que presentaba, y que llevó a diagnósticos coherentes con dicha clínica y, a actuaciones terapéuticas y recomendaciones razonables y adecuadas.*

19.- *No se aprecia una incorrecta praxis en ninguna de las actuaciones que fueron realizadas. La práctica de los profesionales fue apropiada a la patología presentada. De la actuación sanitaria no se deduce ninguna carencia o defecto. Debemos concluir, por tanto, que se ha seguido el criterio de la lex artis».*

3. En período probatorio, se acuerda incorporar la documental aportada por la reclamante.

Por la Administración se incorpora como prueba la documental la Historia Clínica y los informes recabados durante la instrucción del expediente que se mencionan en el citado acuerdo.

4. Ultimada la instrucción del procedimiento se acordó, el preceptivo trámite de audiencia a la interesada quien formula alegaciones reiterando en todos sus extremos la reclamación presentada.

5. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la interesada, al entender que no concurren los requisitos necesarios para declarar responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

### III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, el Dictamen 255/2021, de 18 de mayo), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- 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).

Jurisprudencialmente, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que «la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que su hija acudió durante el periodo de 2018 hasta su fallecimiento un mínimo de 6 veces a los servicios de urgencias tanto del Hospital Dr. Negrín como del Hospital Molina Orosa, presentando cuadros clínicos con una sintomatología propia de los aneurismas (causa de fallecimiento) y no le fue practicada ninguna prueba para la confirmación de su padecimiento, siendo dada de alta en los citados servicios con diagnósticos cuanto menos erróneos hasta el último ingreso hospitalario en urgencias en el que se le practicaron pruebas las cuales ya fueron ineficaces en el punto en que se encontraba la lesión que produjo su muerte.

Sin embargo, sin la constatación de que el fallecimiento de su hija fue consecuencia de la infracción de la *lex artis* es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y el fatal desenlace. Sin la determinación del nexo causal entre los daños, morales en este caso, por los que reclama y la actividad administrativa no puede surgir responsabilidad de esta.

3. La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y en la historia clínica obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de la reclamante. Así, en el informe del SIP se afirma que la paciente no presentaba signos de aneurisma en ninguno de sus ingresos anteriores al del 12 de julio de 2018.

En ninguna de esas ocasiones presentaba síntomas ni signos que sugirieran afectación neurológica (no déficit de fuerza, sensibilidad, alteraciones en los reflejos, ni pérdida de control de esfínteres, ni ningún otro), y mucho menos un aneurisma (no cefalea brusca, ni vómitos, ni ningún signo de focalidad neurológica), de lo que se deduce que no era posible su sospecha y por tanto, indicar estudios en su búsqueda.

A la vista de la historia clínica, según el SIP, no hubo un sólo síntoma que pudiera inducir a la sospecha de un aneurisma, ni uno, y mucho menos de un aneurisma expansivo o roto: la paciente tenía buen estado general, no cefalea (ni mucho menos persistente o brusca), ni ningún síntoma o signo de focalidad neurológica presente (no hay confusión ni alteraciones de la memoria, ni alteraciones motoras (de la fuerza), ni déficit sensitivo (de la sensibilidad), ni de la marcha, coordinación o equilibrio, ni signos meníngeos (no signos de rigidez de nuca ni de irritación meníngea), ni de los movimientos oculares o reactividad pupilar, tampoco convulsiones, ni ningún otro.

La clínica que presentó en la mañana del 11 de julio de 2018, con cefalea brusca, visión borrosa, en paciente mareada y muy débil, no tenía ninguna semejanza con la clínica que había manifestado las veces que fue atendida tanto en el HUGCDN, como en el HDJMO, lo que motivó la realización de TAC, ahora justificado por la clínica neurológica. El TAC, que ahora sí estaba indicado, dada la sintomatología presentada de cefalea brusca, mareo y pérdida de conciencia, con focalidad neurológica, detectó una hemorragia subaracnoidea, una patología grave, con alto riesgo de muerte. También ahora se hicieron todas las pruebas y actuaciones terapéuticas que la clínica demandaba, si bien la paciente hubiera podido ser

diagnosticada horas antes, si hubiera acudido a Urgencias Hospitalarias, como le habían indicado en el Centro de Salud.

4. En definitiva, la paciente fue adecuadamente trasladada al Hospital de referencia, para continuar con su estudio y tratamiento, donde le fue diagnosticado el aneurisma que fue el causante de la hemorragia subaracnoidea, realizándose todos los estudios pertinentes y, a pesar de todas las intervenciones y actuaciones terapéuticas, la paciente presentaba un proceso grave asociado a complicaciones que condujeron a su exitus.

De lo anterior se desprende, pues, que la reclamante no solo no ha probado lo que alega (que la muerte de su hija fue consecuencia de errores de diagnóstico), sino que de los informes y documentación obrante en el expediente se desprende que se le realizaron todas las pruebas necesarias de acuerdo con la sintomatología presentada y con la evidencia científica disponible, por lo que se ha respetado la *lex artis*, descartándose una inadecuada asistencia.

Esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y la muerte de la hija de la reclamante, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación sanitaria al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, se considera conforme a Derecho.