

En Logroño, a 23 de octubre de 2008, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

128/08

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por el Abogado D. F. S.L., en representación de D. J. M. N. R., como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Riojano de Salud.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 29 de noviembre de 2007, el Abogado D. F. S. L., en nombre y representación, que acredita mediante poder notarial, de D. J. M. N. R., interpone reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria Riojana exponiendo, en síntesis, lo siguiente:

- Que, el 26 de septiembre de 2007, ingresó su representado en el Hospital *San Pedro* para ser tratado de una epistaxis de fosa nasal derecha, realizándosele “*una cateterización selectiva de ambas arterias esfenopalatinas y embolización de las mismas con micropartículas esféricas*”.
- Consecuencia de dicho tratamiento fue la pérdida completa y absolutamente irreversible de la visión de su ojo izquierdo.
- Valora conjuntamente el daño en la suma de 100.000 €, haciendo constar que reclama también los intereses de dicha suma.
- Propone como medios de prueba, entre otros, la historia clínica completa del paciente referida a la asistencia prestada; información del Centro de Salud de Navarrete sobre los días de incapacidad cuando sea dado de alta; informe del Servicio de Oftalmología del Hospital *San Pedro* sobre las secuelas definitivas y, subsidiariamente, pericial sobre si la lesión del ojo fue consecuencia de esa operación de epistaxis y si tal lesión supone pérdida de visión absoluta y reversible; certificación de la empresa en que prestaba sus servicios y testifical de cuantos hayan intervenido en la asistencia médica prestada y del legal representante de aquella empresa.

Acompaña a su escrito, además del poder notarial, dos informes de alta de hospitalización de 26 de septiembre y 3 de octubre de 2007 y documento de consentimiento informado sobre la intervención de embolización vascular suscrito por el interesado.

Segundo

Mediante Resolución del Secretario General Técnico, de 5 de diciembre, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 3 anterior, fecha de registro de entrada en la Consejería de Salud de la reclamación, y se nombra Instructora a D^a C. Z. M.

Por carta de fecha 10 de diciembre, la Instructora comunica a la interesada la iniciación del expediente y le informa de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992, remitiendo el siguiente día 12 copia de la reclamación a la Correduría de Seguros A. G.y C., para su gestión.

Tercero

Mediante comunicación interna de 10 de diciembre, la Instructora se dirige a la Gerencia del Área II *Rioja-Media* del Hospital *San Pedro* solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al interesado; una copia de la historia clínica de la asistencia reclamada exclusivamente; informes de los Facultativos intervinientes en la asistencia prestada; y el parte de reclamación que adjunta cumplimentado por cada profesional implicado en los hechos reclamados.

Cuarto

Con fecha 29 de enero de 2008, la Asesoría Jurídica de la Gerencia de Área Única remite a la Secretaría General Técnica la historia clínica y los informes de los Dres. O. C. y L. G.. Y, con fecha 14 de febrero, se remiten los informes aportados por las Dras. G. L. y T. P.-C. y los D. A. V. y P. L.

Quinto

Previamente, con fecha 4 de febrero, la Instructora da traslado del expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones para la emisión del correspondiente informe por el Médico Inspector que corresponda.

El informe de la Inspección, que es emitido el 31 de marzo de 2008, establece, a modo de conclusión, la siguiente:

“La reclamación de D. J. M. N. R. en relación a la atención recibida en el Hospital San Millán-San Pedro entre el 26/09/2007 fecha en la que acude a Urgencias y el 11/10/2007 fecha de alta hospitalaria se basa fundamentalmente en el siguiente aspecto:

D. J. M. N. R.e, como consecuencia del tratamiento aplicado para la epistaxis, ha sufrido la pérdida completa y absolutamente irreversible de la visión en su ojo izquierdo. Y que, como consecuencia de tal circunstancia, en fecha 29/11/2007, permanecía de baja laboral. Este paciente trabaja por cuenta ajena, como almacenista, en la empresa FANSA de Navarrete.

Una vez analizado con detenimiento el contenido de este expediente, se considera que, en su efecto, la amaurosis en ojo izquierdo (pérdida de visión) es consecuencia de la embolización para su cauterización de las arterias esfenopalatinas, hecho realizado el 28/09/2007. Que dicho tratamiento era aconsejable a la luz de la evolución tórpida del sangrado nasal (epitaxis), que no respondía a tratamientos incruentos aplicados de manera reiterada (taponamientos). Por otro lado, el paciente no presentaba ningún antecedente que pudiera suponer un mayor riesgo para la realización de esta prueba. Que todo señala, aunque el procedimiento de consentimiento informado no es el adecuado, pues no figura ni el nombre del Médico ni su firma, que el paciente conocía el riesgo de la embolización a la que iba a ser sometido. De hecho, en la reclamación del paciente, en ningún momento, se refiere a este asunto. Por otra parte, esta pérdida completa de la visión en ojo izquierdo tiene la característica de irreversible y, por tanto, permanente, con la lógica prudencia que debe tenerse a la luz de los conocimientos científicos actuales”.

Sexto

La Instructora remite, el 7 de abril, a la Correduría de Seguros copia de toda la documentación relativa a la reclamación.

Séptimo

Con fecha 13 de mayo, la Jefa del Servicio de Prestaciones y Atención al Usuario certifica que el reclamante permaneció en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes del 26 de junio de 2007 a 6 de marzo de 2008, con el diagnóstico de “epistaxis”.

Octavo

Mediante acuerdo de 22 de mayo, la Instructora admite la prueba documental propuesta en el escrito de reclamación, abriendo un período probatorio de treinta días, a fin de que el reclamante aporte el certificado de la empresa, e inadmite, por innecesaria, la testifical, al considerar que, en la documentación clínica unida al procedimiento, se encuentran recogidos con total precisión y claridad todos los antecedentes producidos en relación con los hechos.

Noveno

Mediante escrito de 12 de junio, el representante del interesado acompaña certificación del acto de la conciliación celebrada por éste con su empresa el 6 de marzo, por despido, reconociendo la empresa la improcedencia de aquél y conviniendo una indemnización de 65.930,55 €, incluidos salarios de tramitación. Adjunta asimismo una Resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social reconociendo la baja del reclamante en su empresa, con efectos 6 de marzo.

Décimo

Figura, a continuación, en el expediente el Dictamen Médico elaborado a petición de la Aseguradora Z., que establece las siguientes conclusiones:

- 1. El paciente fue correctamente diagnosticado y tratado de su hemorragia al ingresar en Urgencias.*
- 2. A pesar de los tratamientos correctos, el cuadro hemorrágico no cedió y fue necesario recurrir a la embolización arterial, como tratamiento de siguiente nivel dada la gravedad de la hemorragia. Esta decisión es correcta.*
- 3. El paciente se encontraba, a mi juicio, suficientemente informado de los riesgos del procedimiento y otorgó por escrito conformidad con la información recibida y consentimiento para la realización del procedimiento.*
- 4. La embolización se llevó a cabo de forma correcta.*
- 5. La complicación oftalmológica es un riesgo inherente al procedimiento realizado. No se puede afirmar que se deba a consecuencias de un tratamiento insuficiente o incorrecto.*
- 6. Los tratamientos que se llevaron a cabo para solucionar esta complicación eran los correctos en cada momento.*
- 7. El cuadro de insuficiencia respiratoria fue correctamente diagnosticado y tratado. No hay secuelas del mismo.*
- 8. No observo ningún tipo de actuación médica que se aparte de la “lex artis ad hoc” en este caso”.*

Décimo primero

Mediante carta de fecha 30 de junio de 2008, la Instructora comunica al Letrado del reclamante la finalización de la instrucción, dándole vista del expediente, en trámite de audiencia, por un plazo de 15 días hábiles para que formule alegaciones y presente los documentos que considere oportunos.

El interesado, tras solicitar y obtener una copia de todos los documentos el 14 de julio, presenta ante el Gobierno de La Rioja escrito de alegaciones, de fecha 16 del mismo, a través del cual se ratifica en su reclamación, aduciendo dos argumentos, el del daño desproporcionado y la existencia de defecto en el consentimiento informado.

Décimo segundo

Con fecha 31 de julio de 2008, la Instructora emite Propuesta de resolución en la que propone *“que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula D. J. M. N. R., porque no ha quedado acreditada mala praxis alguna por parte de los Facultativos del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja.*

Décimo tercero

El Secretario General Técnico, el día 6 de agosto, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos el expediente íntegro para su preceptivo informe, que es emitido favorablemente el siguiente día 21.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 1 de septiembre de 2008, registrado de entrada en este Consejo el 9 de septiembre de 2008, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 9 de septiembre de 2008, registrado de salida el día 10 de septiembre de 2008, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 €.

Al ser la cuantía de la reclamación superior a 600 €, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a

reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

Si nos atenemos a ese doble parámetro de la *lex artis ad hoc* y del *consentimiento informado*, a la vista del expediente íntegro, hemos de concluir que no existe responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Cierto es que, en cuanto al consentimiento informado, el Letrado del reclamante denuncia en su escrito de alegaciones la existencia de defecto en el documento, basándose

en la expresión, quizás no del todo feliz, que utiliza el Inspector Médico en su preceptivo informe al referirse al consentimiento informado del supuesto concreto: “*Que todo señala, aunque el procedimiento del consentimiento informado no es el adecuado, pues no figura ni el nombre del médico ni su firma, que el paciente conocía el riesgo de la embolización a que iba a ser sometido*” (Antecedente Quinto del Asunto).

Sin embargo, al solicitarse informe del Facultativo que practicó la embolización, el Dr. A. V., éste refiere que la víspera de la intervención habló personalmente con el paciente comentándole verbalmente el procedimiento y dejándole el documento para que, si lo consideraba oportuno, lo firmara. Y, al día siguiente, tras comprobar, además del estado del paciente y sus pruebas analíticas, la firma del documento, se procedió a realizar la embolización.

Por tanto, hemos de entender que los defectos denunciados no anulan el consentimiento informado suscrito por el paciente, documento que, por otra parte, es bastante completo en la descripción de la técnica de la embolización vascular, de sus riesgos y de la única posible alternativa que es la de taponar los vasos sanguíneos mediante intervención quirúrgica, alternativa indudablemente más agresiva, lo que justifica se optara por la embolización.

Debemos añadir que, en el documento en cuestión, se señala, como uno de los riesgos de la técnica de la embolización, la “***obstrucción de vasos en órganos no deseados, que puede conducir a complicaciones graves, e incluso la muerte***”. Y, por desgracia, tal riesgo se materializó, produciéndose la obstrucción de la arteria oftálmica, que determinó la pérdida total e irreversible de la visión del ojo izquierdo.

Además, aun admitiendo que el defecto del documento del consentimiento informado fuera esencial y lo invalidara, no debemos olvidar la conocida doctrina jurisprudencial según la cual, la responsabilidad por la falta de aquél alcanza únicamente al daño moral que se produce al paciente al no poder ponderar los riesgos y la posibilidad de sustraerse al tratamiento ofrecido, es decir, haberle impedido su facultad de autodeterminación.

Pero la responsabilidad no alcanzaría al resarcimiento de la secuela, en el presente caso la pérdida definitiva de visión del ojo izquierdo, salvo que tal secuela pudiera vincularse causalmente a la falta de información, falta de información que, a nuestro entender, no ha existido o, pasando ya al examen del otro parámetro, a una mala praxis, o sea, que hubiera existido infracción de la *lex artis ad hoc*.

Podemos comprender la alegación por el reclamante del argumento del daño desproporcionado que, en su caso, justificaría una inversión de la carga de la prueba en el

sentido de que tal daño desproporcionada haga presumir una infracción de la *lex artis ad hoc*, correspondiendo a la Administración probar haber actuado con la más exquisita diligencia y la inevitabilidad del daño.

Pero, creemos que no cabe aplicar esa doctrina si tenemos en cuenta que el daño causado, pérdida de la visión por obstrucción de la arteria oftálmica, era un riesgo típico, aunque improbable, de la técnica de la embolización. Como expresa el informe del Jefe del Servicio de OTR, de 13 de febrero de 2008, *“todos los procedimientos tienen sus efectos secundarios y, en el caso de la embolización de las arterias en un porcentaje de un 0,2% a un 1% de los pacientes puede darse el caso de la obstrucción de otras arterias, especialmente de la arteria central de la retina, con pérdida de la visión de ese ojo”*. Y, por ello, hemos de atenernos a la doctrina general sobre la carga de la prueba. Este Consejo ha reiterado, en buen número de dictámenes que, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la reciente Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja número 206/2008, de 12 de septiembre, que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

“En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 de Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (“semper necessitas probandi incumbit illi qui agit”), así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la que niega (“ei incumbit probatio qui dicit non qui negat”) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (“notoria non egent probatione”) y los hechos negativos (“negativa non sunt probanda”)

En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de setiembre de 1997, 21 de setiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración.”

En el caso concreto que ahora dictaminamos, es evidente que el daño o secuela es consecuencia de la atención sanitaria prestada, pero no hay prueba alguna de que esa atención haya infringido en modo alguno la *lex artis ad hoc*.

Por el contrario, en el expediente constan informes médicos que rechazan de pleno una mala praxis de los profesionales sanitarios, indicando que la actuación médica fue adecuada. Y así se expone pormenorizadamente en la Propuesta de resolución y en el informe de los Servicios Jurídicos, a los que nos remitimos para evitar repeticiones.

Nos encontramos ante una falta de actividad probatoria por parte del reclamante, mientras que obran en el expediente, además del Informe de Inspección y el pericial emitido a instancia de la Aseguradora, hasta un total de seis informes de los distintos Facultativos intervinientes en la asistencia prestada por los servicios públicos sanitarios al interesado. Frente al juicio técnico contenido en los referidos informes, y a pesar de que pudieran cuestionarse por la posibilidad de ser considerados como informes de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones del reclamante que, siendo también de parte, están realizadas por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico.

En consecuencia, este Consejo, lego también en Medicina, se ve constreñido, al emitir su dictamen, al análisis de cuantos informes y pericia obran en el expediente y, a la vista de los mismos, ha de concluir que la actuación de los servicios públicos sanitarios se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*.

Como hemos tenido ocasión de señalar en dictámenes anteriores, aun cuando el daño o secuela sea real y consecuencia de la actividad sanitaria (relación de causalidad en sentido estricto), sería preciso analizar, por ser tema distinto, si concurre un criterio positivo de imputación a la Administración sanitaria de la responsabilidad de resarcir el daño. Criterio que no puede ser otro que el de la infracción de la *lex artis*, por tratarse la obligación del profesional médico y de la Administración sanitaria, como se ha reiterado hasta la saciedad, de “*una obligación de medios y no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la lex artis, los daños no le pueden ser imputados a la Administración*”. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007:

“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente ..., aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un

daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste hoy recogida en citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre...”.

Advirtamos que la tesis contenida en el inciso final del párrafo transcrito coincide con la doctrina mantenida en nuestro Dictamen 99/2004, tesis que hemos matizado en dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto, por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél. En tales casos, el perjudicado se ve en la precisión de soportar el daño como consecuencia inevitable de la aplicación de las reglas contenidas en nuestro sistema de responsabilidad, pero no porque tenga –que no lo tiene– un específico deber jurídico de soportarlo: ello no es, en conclusión, resultado de la concurrencia del criterio negativo de imputación previsto en el artículo 141.1 LRJPAC, sino mero efecto reflejo de la no concurrencia de un ineludible criterio positivo de imputación.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos sanitarios, al ajustarse su actuación rigurosa y estrictamente a la “*lex artis ad hoc*”.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero