

En Logroño, a 28 de abril de 2014, 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. Pedro de Pablo Contreras, D. José María Cid Monreal, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. Enrique de la Iglesia Palacios, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

17/14

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, sobre la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a R. Á. B., por daños y perjuicios que entiende causados por sufrimiento fetal en el parto tras haberle sido practica una cesárea en el SERIS; y que valora en 80.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito de fecha 26 de marzo de 2013, registrado de entrada el siguiente día 5 de abril, la Abogado D^a I. A. G., en representación que dice acreditar documentalmente de la antes citada paciente, plantea reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, que se fundamenta resumidamente en lo siguiente:

"PRIMERO. - El 5 de abril de 2012, entre las 4.30 5.00 de la madrugada, (la reclamante) comenzó a sufrir los síntomas de parto: dolores y contracciones, cada 3 o 4 minutos y algo de sangrado. Hacia las 7 de la mañana, preparó todos los enseres para dirigirse al Hospital San Pedro de Logroño.

SEGUNDO.- A las 7 de la mañana, a la llegada al Centro Hospitalario le monitorizaron. Los monitores marcaban 102 de contracciones, pero le indicó la Matrona que aún faltaba mucho para el parto, ya que estaba poco dilatada.

TERCERO. - A la media hora, le quitaron los monitores y le indicaron que se marchase a su casa. En ese mismo momento, empezó a tener dolores fuertes, vómitos y diarreas. En algún momento, estuvo a punto de perder la consciencia a causa de los fuertes dolores. En ese momento, la atendió otro Médico, indicándole, de muy malas maneras, que eso era normal, a ver si se creía que parir era fácil. Lo que no era normal era que estuviesen a punto de mandarla a casa con una gestación de 40 semanas + cinco.

CUARTO.- A las 14.30 de la tarde, decidieron ir (al Servicio de) Urgencias otra vez, encontrándose igualmente en la situación antes descrita. (La reclamante) continuaba con fuertes dolores y con vómitos, esta vez con algo de sangre. Entonces, en ese momento, otra Matrona la vio y se dio cuenta de que el estado de (la reclamante) no era bueno, con lo que le administraron sueros.

QUINTO.- Seguidamente, la prepararon para el parto y la trasladaron a una habitación, monitorizándola. Les preguntaron si querían (anestesia) epidural y ellos aceptaron.

SEXTO. - Atendiendo al sufrimiento fetal, el equipo médico optó por practicar una cesárea. Los latidos del bebé eran muy débiles y el estado de la esposa era preocupante ya que sentía frío, sudoración fría y náuseas. Los latidos del bebé eran cada vez más débiles, llegando incluso a una frecuencia de 57 latidos por minuto. Es por esto que decidieron practicar cesárea de urgencia.

SEPTIMO.- El bebé, al nacer, no reaccionó ni lloraba ni se movía. Al cabo de 41 minutos, reaccionó y se movió. El bebé nació a las 16.08 pm. El esposo solicitó que trasladaran al bebé a Burgos, al Hospital "General Yagüe", allí permaneció el bebé 75 días, 8 de ellos con oxígeno.

OCTAVO.- Los daños que sufrió el bebé fueron producto de una desatención por parte de los Servicios Obstétricos del Servicio Riojano de Salud, ya que hubo un desprendimiento de placenta y el niño tragó líquido amniótico. Se debió de ingresar y preparar a la paciente por la mañana, cuando el matrimonio acudió (al Servicio de) Urgencias, ya que la gestación era, ya de por si, prolongada. (40 semanas y cinco días). Los progenitores se han visto inmersos durante un año en un devenir de citas médicas en distintas Comunidades Autónomas, rehabilitación etc., ello ha impedido que los progenitores pudieran tener una vida laboral estable. En la actualidad, no se pueden determinar las secuelas físicas de la menor".

Termina solicitando una indemnización de 80.000 euros y acompaña a su escrito parte de su historia clínica, pero no el poder acreditando su representación.

Segundo

Mediante escrito de 11 de abril, la Jefa de Sección del Servicio de Asesoramiento y Normativa requiere a la Letrado a fin de que, en el plazo de 10 días, proceda a acreditar la representación de la interesada.

El defecto es subsanado, el mismo 11 de abril, mediante aportación de escritura de poder.

Tercero

Mediante Resolución de 16 de abril de 2013, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 11, en que es subsanado el defecto denunciado y se nombra Instructora del procedimiento.

Cuarto

Por carta de la misma fecha, se comunica a la Letrado la iniciación expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Y, mediante comunicación del siguiente día 17, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada a la reclamante en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, copia de la de la historia clínica relativa a la asistencia prestada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y de la situación actual de la menor.

Tras la primera solicitud, obra escrito de la Compañía aseguradora del SERIS, W.R. B. España, de 17 de abril, acusando recibo de la comunicación de la reclamación planteada.

Quinto

Mediante escrito de 31 de octubre, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa la historia clínica, así como los informes aportados por las Dras. M. O. A., M^a J. P. M., C. C. C., M^a V. G. C., C. M. E., I. E. D. y del Dr. J. R. G.

El 19 de noviembre, la Dra. M^a L. P. remite informe sobre el estado de salud de la menor.

Sexto

Con fecha 6 de noviembre, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución.

Séptimo

Obra a continuación en el expediente un dictamen médico emitido a instancia de la aseguradora W.R. B., de fecha 22 de noviembre, que establece las siguientes conclusiones médico-periciales:

“1.-En cuanto al control de la gestación: se ajusta a las indicaciones de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.

2.-En cuanto a la asistencia de (la paciente) al Servicio de Urgencias a las 7.45 y 9 h. del día 05/04/2012: no encontrándose la paciente en periodo activo de parto (objetivado mediante tacto vaginal y monitorización fetal) y no existiendo signos de sospecha de pérdida fetal en la monitorización (registro reactivo con buena variabilidad), la paciente es remitida a su domicilio, siguiendo las recomendaciones de la SEGO.

3.-En cuanto al ingreso de la paciente a las 14 h del 05/04/2012: se procede al mismo en la sala de dilatación por inicio de trabajo de parto (aunque no esté aún en fase activa) por gran afectación de la paciente, como parece absolutamente recomendable. Hasta ese momento, el registro de la frecuencia cardiaca fetal permanece normal.

4.-En cuanto al manejo de la paciente en sala de dilatación: se realiza monitorización fetal continua y no se objetiva sangrado vaginal ni salida de líquido por genitales externos, Se ofrece a la paciente la posibilidad de realizar analgesia epidural, actuando en todo momento como indican los protocolos de la SEGO de asistencia al parto.

5.-En cuanto a la indicación de cesárea urgente: una vez que la paciente vuelve a ser monitorizada, tras realizar analgesia epidural aparece una bradicardia mantenida que hace sospechar un desprendimiento agudo de placenta, por lo que, de acuerdo a los protocolos de la SEGO, se procede a realizar una extracción fetal urgente mediante cesárea abdominal, para minimizar el efecto sobre el feto. No pudiéndose sospechar previamente dado que la monitorización fetal continua no da datos de descenso de frecuencia cardiaca ni hubo signos clínicos que indicaran el desenlace posterior y tratarse de una circunstancia aguda.

6.-En cuanto al manejo en el Servicio de Neonatología: se ajusta en todo momento a lex artis, incluida la decisión de traslado al Hospital de Burgos para realizar hipotermia activa tras el diagnóstico de encefalopatía moderada.

7.-La asistencia prestada a (la paciente) en el Hospital San Pedro de Logroño, en cuanto a su asistencia al parto, se ajusta en todo momento a lex artis”.

Octavo

El 17 de enero de 2014, se remite el informe de Inspección médica de la misma fecha, que establece, en base a los hechos reflejados y a la bibliografía consultada, las siguientes conclusiones:

“1ª.-Que en la primera ocasión que acudió la paciente (al Servicio de) Urgencias por síntomas de parto, el día 05/04/2012, se le realizó la oportuna valoración, tacto vaginal y monitorización fetal. El tiempo de gestación que presentaba, 40+5 semanas, se considera dentro de la normalidad por lo que no procedía realizar ninguna intervención al respecto. No reuniendo criterios que recomendaran su ingreso, y siguiendo los protocolos de la SEGO, se puede considerar adecuada la decisión de remitir a la paciente a su domicilio.

2ª.-Que, en la segunda ocasión en que acudió, 6 horas más tarde, pese a que aún no reunía criterios para considerar que se encontrara en fase activa parto, se decidió su ingreso en la sala de dilatación por la gran afectación que presentaba, por la dinámica uterina, aunque sus constantes y exploración se encontraban dentro de la normalidad.

3ª.-Que, desde el ingreso, la paciente permaneció con monitorización fetal y materna continua, siendo valorada en varias ocasiones por (el Servicio de) Ginecología con la realización de exploración mediante tacto vaginal con las que se constató la progresión del parto. En ningún momento, presentó signos clínicos ni datos en el registro cardiotocográfico que hicieran sospechar un desprendimiento prematuro de placenta. Se le realizó el preoperatorio y, cuando correspondía, se procedió a trasladarla para administrarle la anestesia epidural, situación por la que se retiró la monitorización, permaneciendo 24 minutos sin registro.

4ª.-Que, cuando se volvió a monitorizar, apareció en el registro bradicardia fetal. La actitud seguida posteriormente por el Servicio de Ginecología fue ajustada a los protocolos, al realizarse una valoración ginecológica de urgencia en la que aparecieron signos sugestivos de DPPNI, que, posteriormente, se confirmó, procediendo a la finalización urgente del embarazo mediante cesárea, todo ello en un plazo, más que ajustado, de 4 minutos.

5ª.-Que la madre no presentó posteriormente complicaciones relacionadas con el PPNI sufrido.

6ª.-Que, si bien la recién nacida presentó asfixia neonatal severa y encefalopatía hipóxico-isquémica moderada secundaria a esta, entre otras complicaciones, recibió los tratamientos adecuados con los que se fueron resolviendo dichos problemas, presentando una evolución favorable sin evidencias, en la actualidad, de secuelas.”

Noveno

Mediante escrito de 20 de enero, la Instructora se dirige a la Letrado de la reclamante dándole trámite de audiencia, por término de quince días.

La Letrado comparece en el Servicio de Asesoramiento y Normativa el siguiente día 29, y se le facilita una copia de todos los documentos obrantes en el expediente de responsabilidad patrimonial.

La Letrado presenta, el 7 de febrero, escrito de alegaciones antedatado, pues lleva fecha de 13 de diciembre de 2013.

Décimo

Con fecha 18 de marzo de 2014, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en la que propone que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Undécimo

El Secretario General Técnico, el día 24 de marzo, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 27.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 1 de abril de 2014, y registrado de entrada en este Consejo en la misma fecha, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 4 de abril de 2014, procedió, en nombre de dicho Consejo, 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 indicada.

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 hoy vigente, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por la interesada la cantidad de 80.000 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

En cuanto al contenido del mismo, 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 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

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 LPAC) 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 D.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 D.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 caso

Nos encontramos, como suele ser habitual y hemos denunciado en supuestos anteriores, ante una condenable ausencia total de actividad probatoria por parte de la reclamante que o bien carece de prueba alguna o, en estrategia entendemos que equivocada, reserva la prueba de la concurrencia de un criterio positivo de imputación del daño a la Administración a la fase contencioso administrativa.

Es más, en el caso ahora sometido a dictamen, no se concreta cuál es el daño cuyo resarcimiento se pretende; en la reclamación, se limita la interesada a pedir se le indemnice por los daños derivados de la asistencia recibida por el Servicio Riojano de Salud, pero sin especificar en qué consisten aquellos, limitándose a su cuantificación en 80.000 euros, importe reclamado.

Mayor inconcreción se aprecia en el escrito de alegaciones formulado en el trámite de audiencia, en el que ni siquiera se alude a la complicación padecida por la recién nacida y se limita a argumentar sobre el funcionamiento anormal de la sanidad pública al no adelantar el parto atendiendo los requerimientos de la paciente que estaba tolerando muy mal el parto, es decir, se pretende enjuiciar la labor profesional de cuantos intervinieron en la asistencia sanitaria prestada desde la subjetiva y profana opinión de la interesada.

A la vista de lo acreditado en el expediente, sólo podría considerarse como daño la complicación postparto del bebé, encefalopatía hipóxico-isquémica moderada, la inquietud y zozobra consecuente de la madre y las molestias inherentes a la necesidad del internamiento de aquél en el *Hospital General Yagüe* de Burgos durante 14 días, no los 75 que dice el escrito de reclamación.

Y ello es así porque, según los informes obrantes en el expediente, la complicación no parece haber dejado secuela alguna, como se desprende especialmente del seguimiento de la menor en el Servicio de Atención Temprana por sus antecedentes de asfixia neonatal, que sintéticamente extractamos: a los 33 días, toma leche materna con buena succión, fija la mirada, atiende a sonidos ... motilidad espontánea y provocada normal; a los 4 meses, desarrollo adecuado a su edad, sonríe, atención visual y alerta completas... empieza a discriminar a las personas ... tono y sujeción de cabeza adecuados; a los 6 meses la niña está evolucionando cognitivamente muy bien, a nivel motor hace ya rastreo y cambia de postura; al año, desarrollo adecuado para su edad, no parece presentar secuelas.

Lo que sí evidencia la historia clínica incorporada al expediente, los informes de cuantos profesionales intervinieron en la atención sanitaria prestada a la recién nacida y los de la Inspección médica y de la Compañía aseguradora, es que los Servicios sanitarios actuaron con la mayor diligencia, celeridad y, por los resultados, acertadamente.

En efecto, la niña nace hipotónica, bradicárdica y sin esfuerzo respiratorio, por lo que se la intuba y se conecta a ventilación mecánica a los 8 minutos de vida y se inicia protocolo de neuroprotección con hipotermia pasiva. Permanece en estado de coma hasta los 35 minutos de vida en que inicia muecas faciales con apertura ocular espontánea e inicio de movimientos espontáneos a los 40 minutos. Se contacta con la UCI Neonatal de referencia en hipotermia activa y monitorización cerebral, decidiéndose su traslado al *Hospital General Yagüe* de Burgos, en el que ingresa a las 6 horas de vida, confirmándose el diagnóstico del Servicio de Prematuros del *Hospital San Pedro* y se inicia el tratamiento propuesto en el mismo: neuroprotección con hipotermia inducida. Es dada de alta a los 14 días de vida, prescribiendo control en el Servicio de Neonatología del *Hospital San Pedro* y se aconseja remitir al Centro de Atención Temprana de la ciudad de origen.

La buena evolución de la menor y la ausencia de secuelas, ya comentadas, nos releva de mayores consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la complicación surgida, la encefalopatía hipóxico-isquémica. No creemos haber exagerado al calificar la actuación sanitaria de diligente, rápida y acertada.

Ciertamente, en la reclamación no se enjuicia la atención prestada a la recién nacida, sino la prestada a la madre en el parto, singularmente por no haber realizado el mismo en la primera ocasión en que, el 5 de abril de 2012, a las 7 de la mañana, se presentó en el Hospital *San Pedro*. Ello le permite calificar la asistencia de inadecuada, pues *“estaba ya de parto”* y se trataba *“de una gestación prolongada y una situación que hacía más que necesario el parto sin más tardar”*.

Como ya hemos dicho anteriormente, se está enjuiciando la actuación profesional de Médicos y Matronas con manifestaciones subjetivas e interesadas de quien carece de la preparación técnica necesaria para ello, sin apoyar tales manifestaciones en prueba alguna.

Cuando en la segunda ocasión en que la madre se presenta en el Hospital *San Pedro*, el mismo día 5 de abril, sobre las 14:00 horas, por referir contracciones mal toleradas, presenta tacto vaginal semejante a la exploración de la mañana y, examinada en la sala de partos, estando tanto la paciente como el feto monitorizados, se le realiza exploración visual, en la que no se visualiza metrorragia (sangrado) ni hidrorrea (pérdida de líquido amniótico por genitales), bolsa amniótica íntegra y presentación cefálica, que supone mejora de las condiciones respecto al control anterior. La frecuencia cardíaca fetal basal es normal.

Ingresa en sala de dilatación, la paciente vuelve a ser monitorizada siendo correcto el patrón fetal y se le ofrece la posibilidad de analgesia obstétrica que acepta. Hasta ese momento, el patrón de frecuencia cardíaca fetal es totalmente normal, sin presentar ningún signo clínico de urgencia ni maternal ni fetal.

Sin embargo, a las 16:04 horas, llega la paciente de la anestesia epidural y, al monitorizarse, se registra frecuencia cardíaca fetal en bradicardia mantenida. Ante el riesgo de pérdida de bienestar fetal, se indica cesárea urgente. Teniendo el consentimiento verbal (debido al riesgo vital) de la paciente y del familiar presente en ese momento, pasa a quirófano y, a las 16:08 horas, se obtiene un recién nacido mujer que pasa a manos del Servicio de Pediatría de guardia. En la intervención, se objetiva líquido amniótico hemático y alumbramiento inmediato, que sugiere el desprendimiento precoz de placenta normoinsera.

Resulta, por tanto, que, desde su ingreso, la paciente permaneció con monitorización fetal y materna continua, sin que, en ningún momento, presentara signos clínicos ni datos en el registro cardiotocográfico que hicieran sospechar un desprendimiento prematuro de placenta. Al trasladarla para administrarle la anestesia epidural, se precisó la retirada de la monitorización, permaneciendo 24 minutos sin registro y, al ser monitorizada de nuevo, apareció en el registro bradicardia fetal.

La actitud seguida a raíz de ello por el Servicio de Ginecología fue ajustada a protocolo, al realizarse una valoración ginecológica de urgencia en la que aparecieron signos sugestivos de desprendimiento agudo de placenta, que posteriormente se confirmó, procediendo a la finalización urgente del embarazo mediante cesárea en un plazo más que ajustado de 4 minutos, sin que la madre presentara posteriormente complicaciones relacionadas con el desprendimiento de placenta sufrido.

Todo lo anteriormente expuesto permite concluir, coincidiendo con los dos informes periciales obrantes en el procedimiento, que tanto la asistencia prestada a la madre por el Servicio de Ginecología como a la recién nacida por el de Neonatología fueron ajustados a *lex artis*, sin que por la reclamante se haya aportado prueba ni criterio científico alguno que contradiga tal aserto, por lo que debe rechazarse la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios de La Rioja, cuya actuación se ajustó 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