

En Logroño, a 27 de junio de 2016, 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. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, 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**

**19/16**

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, formulada por D<sup>a</sup> J.M.M. y su esposo D. D.R.M, por daños y perjuicios que entienden causados, por la atención sanitaria prestada, durante el parto, a la primera reclamante, con sufrimiento fetal y secuelas permanentes, en su hija, recién nacida, consistentes en microcefalia, triparesia espásmica asimétrica y epilepsia sintomática; y que valoran en 800.000 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del Asunto**

#### **Primero**

Mediante escrito fechado el 19 de octubre de 2014, registrado de entrada en la oficina auxiliar de registro de la Consejería de Salud, el día 4 de febrero de 2015, la Abogado D<sup>a</sup> I.A.G., en representación de las personas antes indicadas, plantea la precitada reclamación de responsabilidad patrimonial, fundando sus pretensiones en los siguientes hechos:

*“PRIMERO.- (La precitada reclamante), el día 26 de febrero de 2014, ingresó, por parto programado, a las 8,30 a.m, en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja, habiendo salido de cuentas el día 14 de febrero de 2014, con una gestación normal, según la Dra. J.H.H.*

*SEGUNDO.-Al ingreso en el hospital, le pusieron propess para maduración cervical, que se le cayó sobre las seis de la tarde. Durante toda la noche estuvo con contracciones, bajándola a correas a las doce, para que se posicionara la niña, ya que estaba en mala posición. A las 8.30h am, le*

*pusieron oxitocina bajo motorización fetal continua y epidural. A las once de la mañana, amniorexis artificial, fluyendo líquido meconial. A las seis de la tarde, rompieron la bolsa en el box, saliendo las aguas sucias, y comprobando la mala posición en que se encontraba la niña. A las ocho de la tarde, ya estaba de ocho centímetros dilatada, aunque (la Dra. D<sup>a</sup>) J.H, Jefa (del Servicio de) Ginecología, consideró que no era necesaria la cesárea.*

*TERCERO.- El parto no se concluyó hasta las 22.23h del 27 de febrero del 2014, con un peso de 3480 gr y un apgar 2/5, cuando coincidió con el cambio de matrona. Fueron muchas horas de parto, en la que la niña pasó muchas horas encajada. Nació hipotónica, morada, con asfixia neonatal, encefalopatía hipóxica isquémica moderada, y la ingresaron en la Unidad Neonatal. Ante la persistencia de crisis, a pesar del tratamiento, es preciso inducir coma farmacológico y sedación con fentenoil, midazolam IV, además del fenobarbital de mantenimiento, las 24 horas de vida. Se mantiene coma inducido 48 horas hasta comenzar descenso de fármacos, que se suspenden definitivamente hasta el quinto día de vida. La hipotermia pasiva, hasta 72 horas de vida. A los cuatro días de vida, presenta edema en Ell, con frialdad acra y coloración violácea, compatible con éxtasis venoso. Se retira catéter femoral y se realiza Doppler arterio- venoso.*

*CUARTO.- En marzo del 2014, se hicieron electros, viendo una alteración de la señal difusa de la sustancia blanca hemisférica bilateral, con expresión de áreas isquémicas, que se identifican hiperintensas en la secuencia T2 y baja señal en la T1, de forma bilateral y asimétrica y asociado, además, a pérdida de volumen; y, al hacer resonancia, ven que la niña tiene lesión difusa, mancha difusa en los dos hemisferios, debido a la falta de oxígeno en el parto. Diagnosticándola, en octubre de 2014: Microcefalia y tripareσία espásmica asimétrica, de predominio derecho, estrabismo no persistente y epilepsia sintomática”.*

Tras exponer los Fundamentos de Derecho que considera aplicables, termina solicitando una indemnización de 800.000 euros, acompañando a su escrito fotocopia del Libro de Familia.

## **Segundo**

Por diligencia de 6 de febrero 2015, del Servicio de Asesoramiento y Normativa, se hace constar la representación otorgada, a la Letrada de los reclamantes, por éstos, mediante comparecencia personal.

## **Tercero**

Mediante Resolución de 9 de febrero de 2015, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 4, en que ha tenido lugar la subsanación de la reclamación y se nombra Instructora del procedimiento.

#### **Cuarto**

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

Mediante comunicación del día 11, 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 en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad Neonatal a la reclamante y a su hija neonata, respectivamente; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y de la situación actual de la recién nacida.

Obra, seguidamente, un escrito de la Aseguradora del SERIS, W.R.B.E, de 16 de febrero de 2015, acusando recibo de la comunicación de la reclamación planteada.

#### **Quinto**

Mediante escrito de 14 de abril, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa la historia clínica, así como los informes aportados por las Dras. D<sup>a</sup> J.H.H, D<sup>a</sup> A.E.E. y D<sup>a</sup> M.Y.R.P; y de las Matronas D<sup>a</sup> B.F.O. y D<sup>a</sup> B.O.S.

#### **Sexto**

Interesado de la Inspección médica el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución, éste se emite, el 8 de enero de 2016, con las siguientes conclusiones:

*“1.- La asistencia médica recibida es adecuada, acorde a protocolos de la SEGO, en cuanto a control fetal intraparto (monitorización) en partos inducidos, tiempo de duración del mismo, valoración liquido meconial, etc.*

*2.- Esta claro que algo no fue bien en torno a (la recién nacida) que presentó complicaciones perinatales; lo que es difícil, por no decir imposible, es determinar si las circunstancias que desembocaron en la sintomatología tan grave que presenta se dieron realmente durante el parto, son previas o posteriores a él; en cualquier caso, no estarían relacionadas con la actuación médica; y no se puede asegurar que se hubieran evitado con la interrupción precoz del parto mediante cesárea, que, por otra parte, no estaba indicada, como ha quedado suficientemente expuesto en el apartado de Consideraciones Médicas. No hubo indicios de la existencia de sufrimiento fetal, salvo la presencia de meconio, que no es específica; la monitorización fetal fue continua, como se exige en estos casos; y el análisis posterior de la sangre fetal descarta la existencia de asfixia intraparto. Por lo tanto, no consideramos que pueda hablarse de negligencia*

omisiva: si no existe la indicación de hacerlo, no puede existir la negligencia por no haberlo hecho.

3ª.- La duración del parto fue inferior a 14h. (incluido el expulsivo), periodo aceptado como normal en todas las Guías consultadas (detallado previamente en las Consideraciones Médicas).

4ª.- Tal y como se recoge en el propio documento de reclamación patrimonial, existe el derecho a que se le dé, en términos comprensibles, (al paciente) y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal o escrita, sobre el proceso, incluyendo diagnóstico pronóstico y alternativas de tratamiento.

En este caso no se puede demostrar que la paciente y familiares no fueran debidamente informados de lo que iba sucediendo y, por lo tanto, no entendemos este punto de la reclamación. Si estuviera haciendo referencia a consentimiento informado (CI) propiamente dicho, documento informativo que requiere la firma del paciente, habrá que recordar que este tipo de información escrita se reserva para aquellos casos en los que las actuaciones medicas llevan implícitos riesgos específicos, posibles, de relativa frecuencia de aparición, que, a veces, no se pueden evitar por bien que se hagan las cosas, que no es el caso que nos ocupa, y tampoco el documento de responsabilidad patrimonial especifica más. En cuanto a los documentos de CI para inducción del parto, parto y analgesia epidural, aparecen firmados en la historia clínica de la madre.

Por lo expuesto, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta o no se hayan tenido en cuenta las circunstancias clínicas y, por lo tanto, que no se haya actuado conforme a la lex artis”.

## Séptimo

Obraba previamente en el expediente un dictamen médico de P, emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, W.R.B, de fecha 22 de junio de 2015, que establece las siguientes conclusiones médico-periciales y conclusión final:

*PRIMERA.- La asistencia al parto se realizó de acuerdo a los estándares de las Guías clínicas actuales, realizándose todas las monitorizaciones y controles habituales. La duración total del trabajo de parto fue de 13 horas y 53 minutos, margen de tiempo normal en primigestas, en un parto inducido.*

*SEGUNDA.- Durante el trabajo de parto, se objetiva la presencia de líquido amniótico meconial. Este hallazgo único no indica sufrimiento fetal, y es muy frecuente en casos como el de la paciente, de embarazo cronológicamente prolongado. En estos casos, está indicada la monitorización fetal durante todo el trabajo de parto, como se realizó a la paciente. No es preciso realizar más pruebas si la monitorización fetal es normal y no obliga a la realización de una cesárea.*

*TERCERA.- El control fetal intraparto se realizó mediante monitorización fetal continua de todo el trabajo de parto, como indican los protocolos en un parto inducido y con líquido amniótico meconial, sin encontrar signos de alarma.*

*CUARTA.- Naciendo una niña de 3.480g., con mala adaptación a la vida extrauterina, con Test de Apgar al nacimiento de 2/5, pero con un pH en arteria umbilical normal. Este dato indica que no hubo asfixia intraparto. La asfixia intraparto se define, entre otros parámetros, como la evidencia de acidosis metabólica en la sangre de la arteria umbilical fetal obtenida tras el parto con un pH menor de 7 y déficit de bases igual o superior a 12 mmol/l.*

*QUINTA- Aunque los Ginecólogos hubieran adelantado al nacimiento, realizando una cesárea, no habrían modificado la evolución de la enfermedad de la recién nacida, dado que la paciente presentó una mala adaptación a la vida extrauterina, con aparición de la acidosis a la hora de vida.*

*Tras el estudio de la documentación aportada, puede concluirse que la atención dispensada al reclamante fue acorde a la lex artis.*

### **Octavo**

Mediante escrito de 11 de enero de 2016, 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 18 y se le facilita una copia de todos los documentos obrantes en el expediente de responsabilidad patrimonial, sin que posteriormente presente alegaciones.

### **Noveno**

Con fecha 12 de mayo de 2016, la Instructora del expediente emite la Propuesta de Resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

### **Décimo**

El Secretario General Técnico, el día 17 de mayo, 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 30 de mayo de 2016, y registrado de entrada en este Consejo el 31 de mayo de 2016, la Excm.

Sra. Consejera de Salud 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 de fecha 1 de junio de 2016, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 2 de junio de 2016, 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 800.000 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 el consentimiento informado**

Según el escrito de reclamación, la falta de consentimiento informado “*se erige, en el presente caso, en fundamento de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.* Sin embargo, se limita a la cita de alguna sentencia relacionada con el derecho a la información y al de elegir libremente entre las opciones clínicas disponibles, pero sin concretar en qué modo y momento se produjo la vulneración de tales derechos.

Lo cierto es que aparecen en el expediente, debidamente firmados por la reclamante, tres documentos de consentimiento informado: el de inducción del parto, el del parto y el de analgesia obstétrica, sin que, por otra parte, entendamos que sea necesario el consentimiento informado escrito de los padres de la recién nacida respecto del tratamiento de la patología presentada por la misma y no se ha acreditado que éstos no hayan sido informados en todo momento de su evolución. Así, cuando se decide, a los nueve meses de edad de la menor, su traslado a la Unidad de Neuropediatria del Hospital *Miguel Servet* de Zaragoza, se hace de acuerdo con los padres, en vehículo propio, entregándose a los mismos copia, en CD, de una RM cerebral y de una copia de los dos últimos informes de EEG realizados.

En definitiva, no puede decirse que haya habido falta de consentimiento informado ni que se haya privado a los reclamantes de su derecho de información, por lo que habremos de enjuiciar la posible responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria a la luz del otro de los parámetros referidos en el anterior Fundamento de Derecho: el de si existe o no un funcionamiento anormal que contravenga los postulados de la *lex artis ad hoc*.



## Cuarto

### Sobre la *lex artis ad hoc*

La *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de responsabilidad a la Administración sanitaria consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente, según el estado actual de la Ciencia al respecto y los vigentes Protocolos profesionales de actuación.

Entienden los reclamantes que la infracción a la *lex artis*, que sustenta su pretensión, consiste en la “*negligencia omisiva*” en que se incurre al no realizar la cesárea que hubiera evitado el sufrimiento fetal y materno, practicando un parto natural. Por ello, califican de inadecuada la asistencia recibida que, según ellos, ocasionó al bebé una serie de daños, que se concretan en las secuelas que padece: microcefalia y triparemia espásmica asimétrica de predominio derecho, estrabismo no persistente y epilepsia sintomática.

Por tanto, de la asistencia médico-asistencial prestada a la madre y a la niña, sólo se pone en tela de juicio que se optara por un parto vaginal, en lugar de practicar una cesárea. Sin embargo, los reclamantes no aportan prueba alguna en el sentido de que la cesárea hubiera evitado el sufrimiento fetal y los daños padecidos; no pasa de ser una manifestación de parte que difícilmente puede prevalecer sobre los distintos informes de la historia clínica y los emitidos en el presente expediente de responsabilidad patrimonial.

Es evidente que algo no fue bien en el nacimiento de la niña, que hubo de ser ingresada en la Unidad Neonatal, donde permaneció 21 días, con los siguientes diagnósticos al alta: “*Recién nacida a término; asfixia neonatal; líquido amniótico meconial; convulsiones en período neonatal; encefalopatía hipóxico-isquémica moderada*”.

Pero resulta difícil, por no decir imposible, según el informe de la Inspección médica, determinar si las circunstancias que desembocaron en una sintomatología tan grave se dieron realmente durante el parto o si fueron previas o han sido posteriores al mismo; y en cualquier caso, no estarían relacionadas con la actuación médica, añadiendo que no es posible asegurar que se hubieran evitado con la interrupción precoz del parto mediante cesárea.

Con amplitud y precisión, se analiza la práctica médica, en el caso concreto objeto de este dictamen, en el Informe médico-pericial de la Consultora médica P, del que destacamos lo siguiente:

*“La duración total del trabajo de parto fue de 13 horas y 53 minutos, margen de tiempo absolutamente normal en primigestas, en un parto inducido. El control fetal intraparto se realizó mediante monitorización fetal continua de todo el trabajo de parto, como indican los Protocolos en un parto inducido y con líquido amniótico meconial.*

*La presencia de líquido amniótico meconial, como hallazgo único, no indica sufrimiento fetal y es muy frecuente en casos, como el de la paciente, de embarazo cronológicamente prolongado. En estos casos, está indicada la monitorización fetal durante todo el trabajo de parto, como se realizó a la paciente. No es preciso realizar más pruebas si la monitorización fetal es normal y no obliga a la realización de una cesárea. Es más, un parto eutócico y rápido puede favorecer la expulsión del meconio de vías respiratorias del neonato mejor que la cesárea. Cuando se dan buenas condiciones obstétricas, de pelvis y posición fetal, es más rápida y eficaz la extracción fetal mediante parto vaginal que mediante una cesárea. La cesárea retrasaría la extracción fetal y tiene más morbi-mortalidad materna...*

*El estudio de gases en sangre de cordón umbilical al nacimiento indica un pH de la arteria umbilical normal. Este dato indica que no hubo asfixia intraparto. Aunque los Ginecólogos hubieran adelantado el nacimiento realizando un cesárea, no habrían modificado la evolución de la enfermedad de la recién nacida...que presentó una mala adaptación a la vida extrauterina, con aparición de la acidosis a la hora de vida”.*

A estos criterios especializados debemos atenernos ante la falta de actividad probatoria por parte de los reclamantes, a quienes incumbe probar, no sólo la infracción a la *lex artis*, sino, además, que el daño ha sido consecuencia de la misma, sin que sean de aplicación las doctrinas de amabilización de la prueba, tales como la del daño desproporcionado, que llevan a una inversión de la carga de aquélla.

Dicha falta de actividad probatoria merece nuestra condena ante el hecho de que, pese a obtener la Letrado copia de todo el expediente (Antecedente Octavo del asunto) y conocer, por tanto, el contenido del informe de la Inspección médica y del dictamen pericial aportado por la Aseguradora del SERIS, no utilice el trámite de audiencia para aportar alguna prueba o, al menos, exponer alguna argumentación contraria a las conclusiones de aquéllos.

Además de los citados informe de la Inspección médica y dictamen pericial, obra en el expediente buen número de informes de los Facultativos intervinientes en la asistencia prestada, por los Servicios públicos sanitarios, a la madre y a la recién nacida. Frente al juicio técnico contenido en todos ellos, y a pesar de que pudieran cuestionarse, por la posibilidad de ser considerados como de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones de los reclamantes o de su Letrada que, siendo también de parte, están realizadas por quienes carecen 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, repetimos, a los ya citados informes y pericia y, a la vista de los mismos, ha de concluir que la actuación de los Servicios públicos sanitarios se ha ajustado en todo momento a la *lex artis ad hoc*, que constituye, como decíamos al final del Segundo de los Fundamentos de Derecho, cumplido el deber de información, el otro parámetro bajo el cual se ha de enjuiciar la imputación del daño a la Administración sanitaria, por tratarse la obligación de ésta y de sus profesionales, 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 30/1/992, de 26 de noviembre ...”.

Advirtamos que la tesis contenida en el inciso final del párrafo transcrito coincide con la doctrina mantenida en nuestro dictamen D.99/04, 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 LPAC, sino mero efecto reflejo de la no concurrencia de un ineludible criterio positivo de imputación.

## **CONCLUSION**

### **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