

En Logroño, a 23 de diciembre 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 María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Pedro María Prusén de Blas, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

46/16

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. S.G.G, por daños y perjuicios que entiende causados al ser intervenido quirúrgicamente en el SERIS para la extirpación de un quiste en el conducto tirogloso (operación de Sistrunk) con secuelas de edema inflamatorio y neuralgia post-quirúrgica; y que valora en 201.515,19 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El expresado paciente, mediante escrito fechado el 27 de julio de 2015, registrado el día 28 de julio de 2015 en la Oficina General de Registro del Gobierno de La Rioja, y el siguiente día 11 de agosto de 2015 en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería de Salud, formuló escrito de responsabilidad patrimonial de la Administración en reclamación de la cantidad total de 201.515,19 euros, fundándose en los siguientes hechos y alegaciones:

PRIMERO.- El que suscribe prestaba servicios para la empresa Talleres Santolaya S.L. desde el 9 de agosto de 2007, con la categoría de encargado de almacén.

-En fecha 2 de agosto de 2013, pasó a la situación de incapacidad temporal con quiste de conducto tirogloso.

-El 1 de septiembre de 2013, se le da el alta de la intervención.

-En fecha 23 de agosto de 2013, se procede a efectuar intervención quirúrgica de Sistrunk, con anestesia general, exéresis de quiste tirogloso y cuerpo de hiodes.

*-En fecha 20 de noviembre de 2013, acude al Dr. D.C, Facultativo que le ha operado, por presentar una inflamación en la zona de la intervención, con sensación de compresión. En esos días, comienzan los problemas, con fuertes dolores, asfixia e hinchazón en la zona de la garganta. Se le pide la realización de un TAC y fibroscopia, **con sospecha de recidiva por parte del propio Facultativo**, con resultados los dos normales.*

-En fecha 18 de diciembre de 2013, continúan las molestias a la palpación y la sensación de falta de aire.

-Ante el aumento del dolor, la inflamación y la sensación de ahogo, se procede a consultar, por parte del Dr. D.C, con la Unidad del Dolor. Esta consulta se efectúa en fecha 29 de enero de 2014.

-Se sugiere un tratamiento a base de Tryptizol 25 y Lyrica 75. Durante este tiempo y ante lo dolores, se produce un empeoramiento en su estado de salud, tanto a nivel físico como psicológico. No puede deambular si no es con un bastón y requiere ayuda para poder efectuar las tareas habituales domésticas. A esta fecha, nadie sabe decir que le ocurre y el porqué de los dolores, la inflamación y la sensación de asfixia. Sólo se le manifiesta que la operación está bien hecha y que no hay nada que pueda provocar el dolor.

-En fecha 5 de marzo de 2014, se le hace hoja de consulta con la Unidad del Dolor. En dicho informe, se expresa, como diagnóstico, neuralgia posquirúrgica cervical.

-En fecha 8 de mayo de 2014, se le deriva al Servicio de Salud Mental del Hospital San Pedro, por trastorno mixto ansioso-depresivo, ocasionado por las graves molestias que persisten tras una operación para extirpar un quiste del conducto tirogloso. Refiere dolor, sensación continua de ahogo, dificultad para hablar, problemas para tragar y, si habla un rato largo, siente nauseas.

-Se le da consulta para la Unidad del Dolor en fecha 21 de junio de 2014, donde se le diagnostica dolor neuropático cervical. Se le aumenta la dosis de analgésicos y acepta el bloqueo del ganglio estrellado derecho.

*-Dicho proceso se efectúa en fecha 15 de julio de 2014, **sin resultado positivo**.*

-En fecha 30 de julio, se emite informe médico de evaluación de incapacidad laboral. Se establecen limitaciones orgánicas y funcionales, dolor neuropático funcional postquirúrgico, pendiente de Unidad del Dolor. Valorar por el EVI.

-Por Resolución de 7 de agosto de 2014, la Dirección Provincial del INSS acuerda emitir informe de alta médica con efectos de 8 de agosto de 2014, al agotar los 365 días. Se manifiesta disconformidad con la misma, siendo impugnada el 12 de agosto de 2014. Se eleva a definitiva el 13 de agosto de 2014.

-En fecha 31 de agosto de 2014, tiene que acudir a urgencias del Hospital San Pedro para ser atendido por dolor cervical importante y vómitos. En fecha 11 de septiembre de 2014, se manifiesta en nota firmada por la Facultativa Dra. A.C, que no se obtiene respuesta al bloqueo del sistema simpático, ni a los fármacos.

-En fecha 1 de septiembre de 2014, se presenta demanda de impugnación del alta médica. Se admite la misma, tramitándose ante el Juzgado de lo Social n° 3, autos 702/2014-R.

-El 17 de septiembre de 2014, acude a consulta con el Facultativo que le operó, el Otorrinolaringólogo Dr. D.C. En la misma, se determina empeoramiento del estado general progresivo. Neuralgia postquirúrgica.

-El fecha 20 de octubre de 2014, es visitado por el Servicio de Neurología del Hospital San Pedro. En el mismo, se manifiesta que no se aprecia patología neurológica que pueda causar el cuadro. No existe territorio neurológico que corresponda con el territorio afectado. Firma el informe el Facultativo Dr. H.B.

-En fecha 27 de octubre de 2014, se dicta Sentencia 319/2014, por la cual se desestima la demanda, al entender que la patología que sufre es una neuralgia postquirúrgica y que no existe nuevas posibilidades curativas. Igualmente, se le indica que puede instar un expediente de incapacidad permanente.

*-En fecha 12 de marzo de 2015, se efectúa una resonancia magnética cervical. Aprecia zonas que pueden significar un proceso edemático inflamatorio. **Lo que confirma que las molestias que padece son reales y no inventadas.***

-En fecha 31 de marzo de 2015, se efectúa la última nota clínica que tiene esta parte firmada por el Facultativo Dr. O.B.

SEGUNDO.- ... En el presente caso, estamos ante un daño derivado de una intervención quirúrgica. Concretamente, una neuralgia postquirúrgica, que no tiene nuevas posibilidades curativas. Luego proviene de un proceso efectuado por personal de la Administración, concretamente del SERIS. Esta intervención ha provocado una serie de daños y perjuicios que no tiene el deber de soportar esta parte. La causa de los mismos es la intervención efectuada, como así se reconoce en los numerosos informes emitidos. Igualmente, la reclamación está interpuesta en plazo, ya que se estima que el proceso no tiene curación y se le da el alta el 7 de agosto de 2014. Esto a pesar de seguir en tratamiento por la Unidad del Dolor y el Servicio de Salud Mental.

TERCERO.- Por otra parte, está el aspecto de la evaluación de los daños ocasionados... En el presente caso, debemos tener en cuenta los problemas tanto físicos como psíquicos que está ocasionando las lesiones que sufre como consecuencia de la intervención. En cuanto a secuelas físicas, tiene dolor neuropático funcional postquirúrgico con los siguientes síntomas: dolor fuerte, sensación continua de ahogo, dificultad para hablar, problemas para tragar y, si habla un rato largo, siente náuseas. A estos daños, que no se pueden corregir, según lo reconoce la propia Sentencia 319/20-14 (dictada por el Juzgado de lo Social nº 3, autos 702/2014-R), es necesario sumar el proceso ansioso depresivo que sufre como consecuencia de dichas lesiones. Esto se ha agravado desde el momento en que se ha manifestado que esos síntomas no tienen cura. Concretamente, la Sentencia reconoce de forma expresa: «que la patología que sufre es una neuralgia post quirúrgica y que no existe nuevas posibilidades curativas». Esto supone que, en cuanto al valor de la indemnización, deban tenerse en cuenta los daños físicos y psíquicos. Teniendo en cuenta estos extremos, es necesario precisar que esta parte entiende que la indemnización debe ascender a 201.515,19 euros, teniendo en cuenta secuelas, factores de corrección y días improductivos, según el baremo de automóvil del año 2013.

Segundo

En fecha 13 de agosto de 2015, se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructora del mismo.

Por escrito de 14 de septiembre de 2015, la Sra. Instructora comunica al interesado la iniciación del expediente y les informa de los extremos exigidos por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.

Con fecha 17 de septiembre de 2015, la entidad aseguradora AON acusa recibo de la documentación remitida por el SERIS en relación con la reclamación presentada, dando traslado de la misma a la Compañía de Seguros W.R.B.E.S. en España.

Tercero

Por comunicación interna de 24 de septiembre de 2015, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al reclamante; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada, y situación actual del reclamante.

Cuarto

En fecha 17 de diciembre de 2105, el Director del Área de Salud de La Rioja remite cuanta documentación le fue solicitada (entre la que se incluye la historia clínica del paciente), así como los informes aportados por los Dres. D.C y H.B.

1. En el informe, de 16 de octubre de 2015, del Dr. D.C se consigna lo siguiente:

-Con fecha 27 de agosto de 2013, recibo por primera vez (al paciente) con el propósito de visita preoperatoria en el contexto de intervención tipo Sistrunk para la resolución de un quiste tirogloso, debidamente diagnosticado previamente.

-El 29 de agosto de 2013, realizo dicha intervención quirúrgica, sin complicaciones. Ver protocolo quirúrgico Anexo.

-El 1 de septiembre de 2013, es dado de alta hospitalaria, con revisión en consultas externas de Otorrinolaringología (Dr. D.C) el 4 de septiembre.

-El 8 de septiembre, acude (al Servicio de) Urgencias por sensación de dolor faríngeo y es diagnosticado de faringitis vírica.

-Se revisa en consultas externas el 11 de septiembre de 2013, con exploración normal y se cita para 2 meses.

-En la revisión del 20 de noviembre de 2013, comenta inflamación de la zona intervenida y sensación de disnea. Se realiza fibroendoscopia, evidenciando la normalidad de las estructuras faringolaríngicas y se pide un TC de control. Informe de TC: Indicación: sospecha de recidiva de quiste del conducto tirogloso. Técnica: TC cervical con contraste iv. Juicio diagnóstico: exploración sin hallazgos significativos. Comentario: No se aprecian imágenes quísticas. Luz faringolaríngica sin alteraciones. Tiroides y glándulas salivares dentro de límites normales. No se evidencian adenopatías en las cadenas ganglionares cervicales. Implantes dentales que artefactan el estudio.

-Se sigue viendo en consultas durante el mes de diciembre, enero y marzo de 2013 y 2014 y, ante la no mejoría de la clínica y la normalidad de las pruebas realizadas hasta el momento, comento el caso con la Unidad de Dolor.

-El 17 de septiembre de 2014, en revisión en consulta, se evidencia un empeoramiento clínico y decido consulta con (el Servicio de) Neurología, diagnosticándose ausencia de patología neurológica.

-Finalmente, el 1 de julio de 2015, acude para recoger informe de RM y exploración. La exploración ORL es normal y el informe de RM informa de: Valorada la región cervical anterior en el presente estudio, no se demuestran lesiones macroscópicas a nivel del recorrido teórico del conducto tirogloso, en relación con paciente intervenido hace tiempo. de un quiste del conducto tirogloso. Observamos un componente de mayor intensidad de señal en las secuencias STIR a nivel de las bandas ventriculares y repliegues ariteno-epiglóticos en una vía área permeable y sin imágenes de impronta, siendo sugestivo de un proceso edematoso inflamatorio en dicha localización. Además, podemos observar la presencia de diversos ganglios en las regiones laterales cervicales, en escasa cuantía, y de 10-12 mm de diámetro axial los mayores de ellos. Inespecíficos, posiblemente de carácter reactivo inflamatorio. Las glándulas submaxilares muestran una morfología conservada. Correcta alineación de los cuerpos vertebrales cervicales, con aspecto morfológico normal de los diversos discos intervertebrales, observando un canal raquídeo de amplitud adecuada.

-En todo momento, he seguido estrechamente la evolución del paciente, preocupándome por su evolución y facilitando los informes que se me han requerido tanto con cita como sin ella.

2. En el informe, de 1 de diciembre de 2015, del Dr. H.B, se señala:

-El dolor neurálgico es el que se origina por afectación directa o indirecta sobre algún nervio periférico o sistema nervioso central. Por definición, afecta, por tanto, a un territorio concreto inervado por ese nervio, raíz, plexo o lo que sea que esté afectado. La sensación de asfixia no tiene ninguna relación con el dolor neuropático o una neuropatía.

-Este paciente refería en mi consulta dolor bilateral en cara anterior del cuello, preferentemente en cartílago tiroideo y bajo ambas orejas. Dicho territorio no coincide ni con un nervio concreto (una afectación del nervio glossofaríngeo que sería una de las neuralgias más frecuentes, referiría el dolor unilateral, en cara interna de la garganta, sin sensación de asfixia ni inflamación, una afectación de un nervio sensitivo periférico se referiría de manera unilateral por el territorio o dermatoma correspondiente a ese nervio, igual ocurriría para una raíz).

-El dolor refiere de tipo continuo, que obligaba a mantener una postura fija, con contractura cervical, y no un dolor de tipo neuralgiforme.

-Además, el tratamiento del dolor neuropático, que ya había recibido, no había mejorado los síntomas, que, aunque no definitivo, es un dato más en contra del dolor neuropático.

-Por lo tanto, me ratifico en que el dolor que refería el paciente en la consulta del día 20/10/2014 no correspondía a ningún dolor neuropático y tampoco correspondía al territorio de irradiación de ningún nervio periférico o raíz.

-Yo no he afirmado nada más en ese informe, yo no digo que el paciente no tenga dolor, sino que el dolor no se corresponde con una neuralgia de ningún territorio.

-La RMN que expone el afecto, posterior al diagnóstico y que presenta zonas que pudieran significar un proceso edemático inflamatorio, no constituye ningún dato a favor del diagnóstico de dolor neuropático, puesto que dicho dolor no provocaría inflamación, por lo tanto no confirma ningún diagnóstico y considero que no debe hacerse replantear el diagnóstico de dolor neurálgico”.

Quinto

El día 21 de diciembre de 2015, la Instructora da traslado del expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación.

En el **informe de la Inspección médica**, que es emitido el día 19 de febrero de 2016, se establece la siguiente relación de hechos:

-(El paciente) con antecedentes de alergia a pólenes y epitelio de gato, cuadros catarrales frecuentes y sinusitis de repetición, sequedad oral matutina a diario, sin rinorrea ni epistaxis, y con un traumatismo nasal en la infancia, es diagnosticado de desviación septal y el 21/05/2007 se le practica una septoplastia que evoluciona favorablemente.

-El 21/06/2013, diagnosticado en consulta de ORL de quiste del conducto tirogloso, se le incluye en lista de espera quirúrgica, con prioridad media (menos de 90 días) para su extirpación quirúrgica. El paciente firma los consentimientos, tanto de ORL, como de Anestesia; es visto en Consulta de Preanestesia, sin que se evidencia dificultad alguna para su intervención quirúrgica. El 10/07/2013, se le realiza una gammagrafía tiroidea para descartar cualquier patología de la glándula tiroidea.

-El 29/08/2013, es intervenido quirúrgicamente por el Otorrinolaringólogo Dr. D.C, con el diagnóstico de quiste del conducto tirogloso, realizándole la operación conocida en la literatura médica como de Sistrunk, observándose un quiste tirogloso en la línea media cervical superior y anterior del cartílago tiroideo, relleno de pus, así como un quiste de grasa adyacente al mismo. Se envían muestras (al Servicio de) Anatomía Patológica para su estudio. No se observa ninguna complicación en el transcurso de la intervención, y el paciente es dado de alta en la misma fecha, citándole en consulta tres días más tarde.

-El 4/09/2013, es visto en la consulta de ORL, anotándose que todo está en orden y citándolo para dentro de una semana. El 07/09/2013, acude (al Servicio de) Urgencias del HSP, por odinofagia (deglución dolorosa) intensa que le dificulta la deglución, así como eritema en el paladar. Se consulta con el Otorrinolaringólogo de guardia, que indica que los síntomas pueden considerarse

como normales en este tipo de cirugía y se le da cita para la consulta de ORL. El 11/09/2013, se anota nuevamente que todo va bien y se le cita para dentro de dos meses. El 20/11/2013, es visto nuevamente en consulta por presentar inflamación en la zona quirúrgica con sensación de compresión. Se explora con nasofibroscopia, observando buena ventilación y paso glótico. Se pide TAC y se pauta antibióticos y corticoides. El 27/11/2013, es nuevamente visto en la consulta, se ve el resultado del TAC, que es normal, se observa que ha cedido la sensación de compresión, pero persisten molestias. Se le cita para dentro de dos meses. El 10/12/2013, acude nuevamente (al Servicio de) Urgencias Hospitalarias, por inflamación cervical izquierda y leve dificultad para tragar. Es visto en (dicho Servicio de) Urgencias por ORL y le cita para consulta. Es visto nuevamente el 18/12/2013, donde se anota que persisten las molestias y la sensación de falta de aire. La exploración con el nasofibroscopio es normal. Se le cita para dentro de un mes.

-El 24/01/2014, a petición de ORL, se le realiza nuevo TAC, con y sin contraste, y se compara con el realizado en noviembre de 2013, descartándose la presencia de imágenes quísticas que sugieran recidiva del conducto tirogloso, así como adenopatías u otras anomalías. Visto que las molestias van en aumento, el 29/01/2014 se consulta el caso telefónicamente con la Unidad de Dolor del HSP, quien sugiere un tratamiento farmacológico que no mejora la sintomatología del paciente. El dolor se localiza en la región centrocervical de gran intensidad, por lo que se decide, en marzo de 2014, solicitar interconsulta con la Unidad de Dolor. Al ser la exploración y las pruebas funcionales y complementarias normales, no se haya causa otorrinofaringológica que justifique esta clínica y se le diagnostica como de neuralgia postquirúrgica cervical.

-El paciente es visto en la Unidad de Dolor, por la Dra. A.C, el 21/05/2014 y, una vez atendido, le propone el bloqueo del ganglio estrellado derecho, con escasa respuesta tanto al bloqueo como a los fármacos. En las notas, se señala la existencia de importante componente psicossomático. Posteriormente, es atendido por el Dr. S.L, el 18/11/2014, también en la Unidad de Dolor, que decide incorporar rehabilitación ya que el paciente señala dificultad para estirar el cuello. Parece que se da una cierta mejoría corporal, no así en el dolor a nivel del tiroides y que aumenta al rectificar el cuello, por lo que lo mantiene en postura forzada hacia delante. En marzo de 2015, se recibe el informe de una resonancia solicitada previamente, donde los hallazgos son poco definidos, sugiriendo la existencia de un proceso edematoso inflamatorio, además de la presencia de diversos ganglios en las regiones laterales en escasa cuantía, y que bien pudiesen estar relacionados con el proceso inflamatorio.

-El 25/07/2014, la Psicóloga de la Unidad de Salud Mental, D^a Á.F, diagnostica un trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión. La Psiquiatra, Dra. V.Ll, le atiende posteriormente sentando un diagnóstico similar y recomendando el tratamiento adecuado a este tipo de patología.

-Por otra parte, el paciente sigue sus revisiones periódicas en la consulta de ORL, observándose la continuación de la neuralgia cervical posquirúrgica, su postura cervical corregida, y un cierto empeoramiento general. Todo ello sin ningún hallazgo o sospecha de patología orgánica otorrinolaringológica. Simplemente, se observa un gran dolor en la cicatriz del cuello a la palpación, que, por otro lado, tiene aspecto correcto. El paciente es enviado, para interconsulta, a la Consulta de Neurología donde le atiende el Dr. H.B, el 17/09/2014, con el siguiente resultado diagnóstico: no se aprecia patología neurológica que pueda causar el cuadro. No existe territorio neurológico que corresponda con el territorio afectado.

-En la actualidad y a efectos de lo que aquí nos interesa, sigue en tratamiento, además de con su Médico de Cabecera, con la Unidad de Salud Mental, sin que tenga revisiones pendientes (al menos no las hemos encontrado en su historial clínico) con ORL.

Séptimo

Consta unido al expediente informe médico pericial de 21 de marzo de 2016, realizado, a instancia de la Compañía de Seguros B, por el Dr. M.S, Especialista en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial, de la Consultora médica P.

En el indicado **informe de P**, se obtienen las siguientes *consideraciones aplicables al caso*:

-El paciente acudió a consulta del Dr. D.C, presentando un quiste tirogloso sobreinfectado; a los tres días, es intervenido por el propio Facultativo transcurriendo sin incidencias la cirugía. El tratamiento realizado por el Dr. D.C. es el habitual para estos casos; la intervención de Sistrunk es la cirugía que se hace a nivel mundial desde hace décadas para el tratamiento de los quistes tiroglosos.

-Al cabo de un mes de la intervención, el paciente empieza a manifestar síntomas cervicales atípicos (dolor, sensación de ahogo, dificultad para la deglución). El lapso de tiempo que transcurre desde la cirugía y la aparición de estos síntomas es completamente atípico; las complicaciones postquirúrgicas suelen manifestarse inmediatamente después de las cirugías o pocos días después; la instauración de los síntomas un mes después de la cirugía y su carácter atípico hacen poner en duda la relación causal entre la intervención y el cuadro clínico que padece el paciente.

-En los meses posteriores, el paciente recibe todo tipo de tratamientos para su problema instaurados no sólo por el Dr. D.C, sino por los Facultativos de la Unidad del Dolor, que le aplican el protocolo de tratamiento del dolor neuropático, del Servicio de Salud Mental y del Servicio de Neurología, además de los tratamientos pautados en sus repetidas visitas al Servicio de Urgencias. La falta de respuesta a los distintos tratamientos, incluyendo la infiltración del ganglio estrellado, obliga a poner en duda el diagnóstico de dolor neuropático realizado al principio. La normalidad de las pruebas radiológicas y de la exploración fibroscópica de la vía aérea superior sumada a la falta de respuesta a los tratamientos analgésicos va en contra de un origen orgánico de sus síntomas. Los hallazgos de la resonancia magnética realizada en marzo del 2015 son inespecíficos.

Este informe termina con las siguientes *conclusiones médico-periciales*:

-El paciente presentaba un quiste tirogloso que había sufrido episodios de infección. El Dr. D.C le propuso tratamiento quirúrgico; la indicación fue correcta.

-El paciente firmó los consentimientos informados de la intervención quirúrgica, tanto el de la cirugía como el de la anestesia general. La información proporcionada fue pertinente.

-La cirugía transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta al cabo de unos días. En el primer control postoperatorio, a las dos semanas, el paciente se encontraba bien. La cirugía fue realizada de manera adecuada.

-En los sucesivos controles postoperatorios, el paciente empieza a presentar síntomas cervicales atípicos, que no guardan relación clara ni con la patología que presentaba ni con la cirugía que le fue realizada. Ante esos síntomas, el paciente es valorado por la Unidad del Dolor, el Servicio de Neurología y el Servicio de Salud Mental, además del Dr. D.C y los Facultativos del Servicio de Urgencias. Se le solicitan pruebas de imagen (TAC, Resonancia Magnética) y se le instauran distintos tratamientos que no mejoran la sintomatología. El paciente no es desatendido en ningún momento y se utilizan todos los medios disponibles para tratar sus síntomas.

-En la última valoración, realizada por el Servicio de Neurología, se califica el dolor del paciente como "atípico" y se descarta la presencia de dolor neuropático. Los síntomas del paciente no se corresponden con ningún tipo de dolor estándar.

-La Resonancia Magnética realizada en marzo del 2015 no detecta alteraciones en el área quirúrgica intervenida, únicamente halla un aumento de sedal inespecífico en áreas de la laringe que no fueron tocadas en la cirugía. No existe relación entre la sintomatología del paciente y la intervención quirúrgica que se le realizó.

Octavo

1. Concluida la fase de instrucción, se comunica al interesado, mediante escrito de 18 de abril de 2016, notificado el siguiente día 20, la apertura del trámite de audiencia, así como su derecho a formular alegaciones y presentar los documentos que estime por conveniente, realizando la vista del expediente el 21 de abril de 2016.

El 5 de mayo de 2016, el reclamante presenta un escrito en el que solicita la suspensión del plazo de alegaciones para que se valore un informe de 4 de mayo de 2016, del Dr. D.C, Especialista en Otorrinolaringología del Hospital *San Pedro*, que aporta con el mismo. Asimismo, con fecha 10 de mayo de 2016, presenta un escrito al que acompaña un informe del Dr. C.B, de la Unidad del Dolor del Centro Médico *M.S*, para que, igualmente, se efectúe su consideración.

2. A la vista de lo solicitado, se da traslado de ambos informes a la Inspección Médica y a la Compañía Aseguradora del SERIS para que procedan a su valoración, lo que se realiza en los siguientes términos:

A) Informe de la Inspección Médica de fecha 16 de mayo de 2016:

"... hemos de señalar que el informe del Dr. D.C, que tiene fecha 04/05/2016, no aporta nada nuevo, y que, en el contenido del expediente, hay varios informes, de distintas fechas y firmados por el citado Facultativo con el mismo diagnóstico, es decir neuralgia post-quirúrgica. Sí es nuevo, el informe que emite el Dr. C.B, Médico de un Centro privado ubicado en Zaragoza, y que supongo que es a solicitud del interesado. En el mismo, nos habla de una neuralgia post-quirúrgica, localizada en la zona cervical anterior y en la zona de exéresis, con claro carácter neuropático y que precisa medicación por la persistencia de dolor crónico. Nos habla también de que, en abril de 2015, presentaba un síndrome miofascial asociado que le obligaba a estar con la espalda flexionada. Comenta que, con rehabilitación, ha ido mejorando este síndrome, aunque la neuralgia y la

contractura le obliga a estar con el cuello flexionado, no pudiendo adquirir la posición erecta de manera completa y ello dificulta la deambulaci3n y (supone) la limitaci3n para tareas de la vida cotidiana. Parece ser que la 3nica v3a de tratamiento posible es la farmacol3gica y, adem3s, con limitaciones, por los efectos secundarios y adversos que en el paciente presentan. Se descartan t3cnicas intervencionistas para soluci3n o alivio del dolor cr3nico.

Lo que no veo fundamento alguno (tampoco se desprende de este 3ltimo informe) es que su causa pueda deberse a una mala praxis o a una deficiente actuaci3n quir3rgica.

Tambi3n conviene atraer la atenci3n del informe del Neur3logo Dr. H.B, cuando afirma que no se aprecia patolog3a neurol3gica que pueda justificar el cuadro que presenta el paciente, y, con ello, cabe deducir que, en ning3n caso, se ha afectado ning3n nervio perif3rico o del sistema nervioso central que justifique este cuadro cl3nico y, por lo tanto, descarta categor3camente lesi3n nerviosa alguna que pudiera haber habido como complicaci3n en la intervenci3n quir3rgica.

Es decir, no existe ninguna evidencia cient3fica que justifique, aunque sea m3nimamente, una relaci3n causal entre la intervenci3n y la patolog3a que con posterioridad presenta el paciente.

B) Informe m3dico pericial, emitido a instancia de la compa3a aseguradora W.R.B, por la Dra. O.M, Especialista en Neurolog3a, con fecha 4 de julio de 2016:

-Es pr3cticamente imposible la lesi3n bilateral del plexo cervical en una cirug3a de quiste tirogloso no complicada realizada en l3nea media, por la propia distribuci3n anat3mica de los nervios.

-La exploraci3n neurol3gica y ORL del paciente siempre ha sido normal, sin datos objetivos de ninguna lesi3n. El dolor es un s3ntoma subjetivo, as3 como la sensaci3n de ahogo, que no se corresponden con ninguna afectaci3n demostrada de ning3n nervio.

-El dolor que describe el paciente no corresponde a ning3n territorio nervioso espec3fico ni es de caracter3sticas neurop3ticas. La postura en flexi3n del cuello es incompatible con una lesi3n neurol3gica.

-No existe ninguna complicaci3n postquir3rgica que pudiera justificar una afectaci3n neurol3gica para explicar los s3ntomas del paciente.

-La cronolog3a de los s3ntomas, a pesar de ser referidos posteriores a la cirug3a, no son compatibles con una lesi3n producida por la intervenci3n, pues van apareciendo s3ntomas nuevos y de mayor intensidad durante m3s de 7 meses tras la intervenci3n.

-Se ha constatado un trastorno ansioso-depresivo que puede ser la causa de la perduraci3n y empeoramiento de los s3ntomas del paciente.

3. Con fecha 21 de julio de 2016, se notifica al reclamante que ya se ha procedido a la valoraci3n solicitada, entreg3ndole copia de la nueva documentaci3n incluida en el expediente el 26 de julio de 2016.

Los d3as 2 de agosto y 1 de septiembre de 2016, respectivamente, el reclamante presenta un escrito de alegaciones y anexo al mismo, aportando un informe, de fecha 30 de

agosto de 2016, del Dr. S.L, de la Unidad del Dolor del Hospital *San Pedro*, en el que se establece el diagnóstico de: dolor de características neuropáticas por neuralgia secundaria a la intervención quirúrgica de conducto tirogloso.

4. Ante la diferencia de criterios médicos sobre la causa de los daños reclamados, con fecha 6 de septiembre de 2016, la Sra. Instructora solicita que, por parte de un Facultativo de AON.D.M.S, se valore toda la documentación clínica e informes médicos relativos al origen de la patología por la que se formula la reclamación, y se emita informe sobre la posibilidad de que la misma sea consecuencia de la intervención de quiste tirogloso.

Con fecha 12 de septiembre de 2016, la Dra. V.R, Asesora Médica de la División Sanitaria de AON, emite el informe solicitado, del que se da traslado al reclamante el 5 de octubre de 2016. En dicho informe, se obtienen las siguientes *conclusiones*:

-La indicación y la técnica quirúrgica fueron las adecuadas para esta patología

-Consta en el expediente el parte de quirófano, y no hay ninguna evidencia de complicaciones durante la cirugía

-Se firmaron los consentimientos informados tanto de cirugía como de anestesia; en el de cirugía, se detallan las posibles complicaciones, entre ellas, las descritas por el paciente.

-Ante las complicaciones que presenta el paciente tras la cirugía, como son el dolor y la dificultad para la movilidad del cuello, podemos decir que guardan criterios de continuidad o nexo causal, cronológico y topográfico, con la cirugía. No obstante y como se ha dicho, son posibles complicaciones descritas en el consentimiento informado, y dichas complicaciones se detectan y se estudian de forma diligente mediante exploraciones otorrinolaringológicas, de imagen (TAC y RNM) y por Neurología. Todo ello lleva a descartar recidiva del quiste, daño neurológico u otra patología orgánica que pueda explicar el dolor.

-El paciente una vez a cargo de la Unidad del Dolor para control sintomático, pues tras todas las valoraciones no ha quedado clara la existencia de un origen orgánico del dolor sí es cierto que ellos hacen referencia a 'dolor neuropático', lo cual presenta una discrepancia con el informe del Neurólogo. En cualquier caso, es un tema puramente de terminología, inclinándonos por el informe del Neurólogo, y no alterando el sentido de este informe prevaleciese cualquiera de los dos criterios, pues el daño neurológico estaría recogido en el consentimiento informado.

5. El 18 de octubre de 2016, el reclamante presenta un escrito de alegaciones, adjuntando un informe del Dr. G.P, de fecha 15 de septiembre de 2016, que determina:

"He estudiado al paciente, de 31 años de edad, sin antecedentes de interés, que, a los 28, fue intervenido de un quiste tirogloso; tras la intervención, comienza con dolor intenso en la parte anterior del cuello, de predominio derecho, de gran intensidad, que aparece espontáneamente y al hablar, tragar, etc. Además, refiere sensación de cuerpo extraño en la garganta y, en ocasiones, sensación de ahogo. Más tarde, comienza con dolor en hombros y región cervical, que le obliga a

tener una postura en flexión. Ha realizado múltiples tratamientos sin mejoría. Juicio clínico: Neuralgia postquirúrgica”.

Noveno

Con fecha 7 de noviembre 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

La Secretaria General Técnica, el día 14 de noviembre de 2016, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos el expediente de responsabilidad patrimonial para su preceptivo informe, que es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el 25 de noviembre de 2016.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente en fecha 29 de noviembre de 2016, que ha tenido entrada en este Consejo el día siguiente, 30 de noviembre de 2016, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja remite 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 día 30 de noviembre 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

Asignada la ponencia al 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 indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo [a día de hoy, sin vigencia en virtud de lo preceptuado en la Disposición derogatoria única, 2.d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), pero aplicable al presente procedimiento, a tenor de lo establecido en la DT 3ª,a) LPAC'15] prescribe 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 Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose una cantidad total de 201.515,19 euros, nuestro dictamen resulta ser 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 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'92), la cual resulta aplicable al presente supuesto [DD Única.2,a) LPAC'15, en relación con la DT 3ª,a) LPAC'15, sirviendo lo señalado anteriormente, y por los mismos motivos, respecto a la vigencia del Real Decreto 429/1993].

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Nuestro ordenamiento jurídico (arts. 106.2, de la Constitución, y 139.1, 139.2 y 141.1 LPAC'92), 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 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 para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es 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 o, lo que es lo mismo, no tendrán la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la Ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que

el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la Ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

Tercero

Sobre la inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso

1. Para el reclamante, en relación con el cuadro patológico que padece tras la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital *San Pedro* de Logroño, *“estamos ante un daño derivado de una intervención quirúrgica. Concretamente, una neuralgia post-quirúrgica que no tiene nuevas posibilidades curativas, luego proviene de un proceso efectuado por personal de la Administración, concretamente del SERIS. Esta intervención ha provocado una serie de daños y perjuicios que no tiene el deber de soportar esta parte. La causa de los mismos es la intervención efectuada”*, debiendo tener en cuenta, según mantiene, *“los problemas tanto físicos como psíquicos que están ocasionando las lesiones que sufre como consecuencia de la intervención”*.

2. Por el contrario, la Propuesta de resolución, considera que, en el presente procedimiento, *“no concurren los requisitos establecidos para que la Administración Sanitaria incurra en responsabilidad patrimonial, pues la asistencia sanitaria a la que se imputa el daño que se reclama se ajustó a los criterios de la lex artis, estando comprendidos los síntomas del mismo dentro de los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica que se le practicó, de la que el paciente estaba debidamente informado, por lo que la Administración ha cumplido con su deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de la imputación del mismo, lo que determina que el daño reclamado de contrario no pueda tildarse de la antijuridicidad necesaria para apreciar en la Administración deber indemnizatorio alguno”*.

3. Es cierto que (como consigna la propia Propuesta de resolución, sobre el origen de las dolencias que el paciente presenta en el momento de formular su reclamación), existen opiniones técnicas contradictorias. Así, para los Dres. D.C. (en algunos de sus informes, no en todos), C.B. y S.L. nos encontramos ante un diagnóstico de neuralgia postquirúrgica o dolor neuropático cervical, mientras que para los doctores H.B. y O.M. no existe afectación neurológica que pueda justificar el cuadro que presenta el reclamante.

4. Este Consejo Consultivo comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por las siguientes razones:

A) La reclamación del asegurado se basa en la existencia de un diagnóstico de neuralgia postquirúrgica, y ello le sirve de premisa para establecer una relación causal entre la cirugía practicada y el cuadro que presenta tras la misma. Sin embargo, no debemos pasar por alto que, como bien destaca el informe de la Inspección Médica, el diagnóstico de neuralgia postquirúrgica cervical aparece por primera vez en el informe que el Otorrinolaringólogo Dr. D.C. realiza en mayo de 2014, ocho meses después de la intervención, siendo un diagnóstico clínico, basado en la sintomatología, *“como pudiera ser el diagnóstico de cefalea o fiebre, es decir, se limita a describir los síntomas clínicos del paciente, pero carece de etiología y, por lo tanto, no contempla las causas o los orígenes fisiopatológicos que están en la base del mismo. La mayoría de las veces, estos diagnósticos se hacen porque se desconocen las causas, y ello puede ser con carácter provisional (se está a la espera de pruebas o exploraciones aclaratorias), o bien definitivo, porque, lamentablemente, la ciencia médica no tiene explicaciones para todos los casos patológicos”*. Dicho de otro modo, el hecho de que el malestar del paciente se haya revelado después de una intervención quirúrgica no debe llevar, inexorablemente, a concluir que la causa de dicho malestar es la práctica de aquella intervención, pues ello implicaría caer en el sofisticado argumento *ex post, ergo propter hoc*.

B) Como sigue señalando el informe de la Inspección médica, es muy aclaratorio el informe del Neurólogo Dr. H.B, quien trató al paciente tras ser derivado desde el Servicio de Otorrinolaringología para valoración, cuando afirma, de modo categórico, que *“no se aprecia patología neurológica que pueda justificar el cuadro que presenta el paciente, y que, con ello, cabe deducir que, en ningún caso, se ha afectado ningún nervio periférico o del sistema nervioso central que justifique este cuadro. Es decir, no existe ninguna evidencia científica que justifique, aunque sea mínimamente, una relación causal entre la intervención y la patología que con posterioridad presenta el paciente”*.

C) También mantiene el informe de la Inspección médica, en aserto que este Consejo comparte, que, *“si bien es cierto que hay una coincidencia en el tiempo entre la aparición de la sintomatología que presenta el paciente y su intervención quirúrgica, queda totalmente descartado que su origen se deba a una mala praxis o a una deficiente actuación quirúrgica. El paciente ha sido seguido periódicamente en la consulta de Otorrinolaringología, y siempre se ha observado que la clínica que manifiesta es, a su vez, coincidente con exploraciones y pruebas complementarias que están dentro de la normalidad desde un punto de vista otorrinolaringológico. Por lo tanto, difícilmente, a la luz de los conocimientos médicos actuales, puede decirse que la causa de la clínica que manifiesta el paciente tiene su origen en alguna deficiencia o complicación derivada de la realización de la intervención quirúrgica”*.

Es más, resulta particularmente llamativo que, ni en la reclamación planteada ni en ninguno de los escritos presentados con posterioridad por el paciente, se cuestione o ponga en duda la corrección de la intervención practicada; pues la solicitud indemnizatoria se

basa, única y exclusivamente, en la existencia de un *daño derivado de una intervención quirúrgica*, sin más, es decir, sin especificar cuál pudo ser la causa concreta que, dentro de la propia intervención, generó el cuadro secular sufrido, posteriormente, por el paciente.

D) A mayor abundamiento, tal y como determina la Propuesta de resolución, aun en la hipótesis de considerar *“que existe relación de causa a efecto entre el daño reclamado y la actividad sanitaria, ello no significa que concurra el necesario criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria que, como es sabido, no puede ser otro que el de la concurrencia de una infracción a la lex artis. Y es que, en efecto, lo que no se ha acreditado en forma alguna es que la Administración sanitaria haya incumplido su obligación de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demandó, por lo que, habiéndose ajustado la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con su deber y en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de la imputación del mismo”*.

E) Los síntomas que padece el reclamante vienen contemplados como riesgos típicos de la intervención quirúrgica, contemplados, en el documento de consentimiento informado para exéresis de quiste tirogloso, que firmó el paciente con anterioridad a la intervención. En dicho documento, bajo el epígrafe *“Riesgos específicos más frecuentes de este procedimiento”*, entre otros, aparece: *“Se puede producir un edema-inflamación de la laringe, o la aparición del llamado hematoma sofocante del cuello, lo que justificaría la aparición de dificultades respiratorias que pudieran requerir traqueotomía. Pueden aparecer dificultades de la deglución. Es posible, también, la lesión del plexo cérvico-braquial o de los nervios espinal, hipogloso y frénico, que provocarán alteraciones en los movimientos del hombro, lengua, labio y diafragma y adormecimiento de la parte inferior de la cara y de la oreja... la cicatriz puede ser antiestética o dolorosa”*.

En base a ello, como bien señala la Propuesta de resolución, aún en el supuesto de que se determinara que la sintomatología que presenta el reclamante en la actualidad es consecuencia de la intervención que se le practicó, se estaría ante el resultado de la materialización de algunos de los riesgos inherentes al tratamiento quirúrgico al que fue sometido, que son impredecibles e inevitables, sin que su aparición suponga una deficiente asistencia sanitaria.

5. Abundando en lo anterior, no es ocioso recordar que, como ha venido reiterando este Consejo Consultivo, 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.

Como señala 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 30/1/92, 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'92, sino mero efecto reflejo de la no concurrencia de un ineludible.

En el caso dictaminado, y en virtud de cuanto ha quedado expuesto, queda acreditado que la asistencia sanitaria prestada al reclamante se ajustó a las reglas de la *lex artis*, por lo que, conforme a la Propuesta de resolución, la reclamación presentada debe ser desestimada.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al haberse ajustado su actuación 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