

En Logroño, a 26 de julio 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. Joaquín Espert y Pérez Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

25/16

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. C.G.F, por daños y perjuicios que entiende causados al ser tratado en el SERIS de una herida en pie diabético izquierdo, con resultado de amputación de un dedo; y que valora en 80.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito, fechado el 24 de mayo de 2015, registrado de entrada, en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería de Salud, el día 8 de julio del mismo año, la Abogada D^a I.A.G, en representación, que no acredita, del precitado paciente plantea la expresada reclamación de responsabilidad patrimonial, fundamentándola en los siguientes hechos:

-PRIMERO: El 18 de mayo (de 2014, el paciente) se encontraba realizando labores agrícolas y advirtió que una piedra pequeña se había metido dentro de su calzado. Acudió al Ambulatorio de Alberite donde le realizaron la primera cura. El día 19 de mayo, acudió al Centro ambulatorio de Albelda y le realizaron otra nueva cura, derivándolo (al Servicio de Enfermedades) Coronarias, ya que advirtió que padecía diabetes mellitus, grado IV. El 4 de julio, acudió nuevamente (al Servicio de) Urgencias del Hospital San Pedro, por empeoramiento de pie, indicándole que padecía necrosis húmeda del 1º dedo del pie izquierdo y celulitis. El 8 de julio de 2014 y bajo anestesia local, le realizaron amputación transfalangica abierta de 1º dedo del pie izquierdo. El 18 de julio de 2014, se le realizó una re-amputación del 1º dedo, dejándolo semicerrado.

-SEGUNDO: (El paciente) ha perdido el dedo de su extremidad inferior izquierda, debido a unas curas deficientes, máxime atendiendo a la patología que padecía, causándole graves daños y perjuicios.

Segundo

Por escrito de 17 de julio 2015, el Servicio de Asesoramiento y Normativa se dirige a la Abogada, requiriéndole a fin de que, en el plazo de 10 días, proceda a acreditar la representación del reclamante.

Por diligencia de dicho Servicio del siguiente día 27 se hace constar la representación otorgada a la Letrada por el reclamante mediante comparecencia personal.

Tercero

Mediante Resolución de 3 de agosto de 2015, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 27 de julio, 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 7, la Instructora se dirige a la Dirección del Area 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 Urgencias y demás Servicios implicados, al paciente, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y situación actual del reclamante.

Obra seguidamente escrito de *W.R.B.E*, de 12 de agosto de 2015, acusando recibo de la comunicación de la reclamación planteada.

Quinto

Mediante escrito de 18 de noviembre, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa la historia clínica, así como los informes aportados por los Dres. S.T.V, D.L.G, M.A.G.A. y M.G.T.

Sexto

Interesado de la Inspección médica, el 23 de noviembre de 2015, 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 19 de enero de 2016, con las siguientes conclusiones:

1ª.- Reseñar las irregularidades que, en el relato de los hechos en el expediente de RP, se han cometido, especialmente y sobre todo porque son demostrables, en cuanto a:

- La fecha en la que se derivó al paciente (al Servicio de) Angiología y Cirugía Vascular, el 23/05/14, que es el día en el que figura en su historia clínica la primera anotación referente a la lesión que presentaba (a pesar de haber hablado con su MAP y con los Centros de salud a los que se hace referencia, no constan anotaciones sobre las supuestas atenciones prestadas los días 18 y 19 de mayo del 2014).

- El 04/07/14, el paciente no acude (al Servicio de) Urgencias desasistido por empeoramiento de la lesión, para entonces ya ha permanecido ingresado en Centro hospitalario y continuaba con hospitalización a domicilio, que son los que deciden, en comunicación con el hospital, el reingreso; es decir, estaba en seguimiento y tratamiento diario, realizándole las curas, controles y terapias oportunas.

-A título de curiosidad, porque no tiene consecuencias en el curso del caso que nos ocupa, indicar que, en el mismo documento de RP, aparecen referencias a otros pacientes que nada tienen que ver con el (reclamante).

2ª.- En cuanto a la demora y deficiente atención prestada, que se pueda demostrar, desde que el paciente pide ayuda por primera vez hasta la consulta con ACV transcurre una semana, porque es su MAP quien cursa derivación a dicho Servicio con carácter preferente, como indican los protocolos ante úlcera/gangrena seca (tal y como queda explicado en el apartado de Consideraciones Médicas de este escrito). Desde que lo reciben, el paciente, a través de (los Servicios de) Hospitalización y Hospitalización a domicilio, está bajo el seguimiento y tratamiento "diarios" de los servicios médicos, hasta la resolución de su caso. Y, al parecer, es por la insistencia de los Doctores que le atienden en Consultas Externas, explicando la gravedad de la situación y posibles complicaciones, como se consigue su ingreso hospitalario.

3ª.- La amputación del dedo del pie en estos casos no puede considerarse un daño antijurídico, porque se trata de uno de los riesgos, complicaciones comunes, cuando este tipo de patologías de base (diabetes) avanzan. Es una complicación predecible en una situación como la que se describe en el propio documento de RP (y que avala la bibliografía consultada) "existía un déficit importante en el riesgo sanguíneo del pie, que afectaba la vitalidad de los dedos del mismo, y existía riesgo de que sufriera necrosis en alguno de ellos", por eso se hizo todo lo que se hizo, y, a pesar de ello, no se pudo evitar la amputación.

4ª En cuanto a las acusaciones que se realizan en el expediente de RP sobre curas deficientes, falta de controles, indebida asistencia médica, dejación de funciones y algunas otras en este mismo sentido, parecen gratuitas e infundadas tras consultar su historia clínica, y no se ha aportado ningún indicio o prueba de ello.

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

Séptimo

De fecha anterior, 13 de enero de 2016 es el informe médico pericial de la Consultora P, emitido a instancia de la Aseguradora W.R.B, que establece las siguientes conclusiones médico-periciales y conclusión final:

1º.- (El paciente), diagnosticado de diabetes mellitus, es valorado por el Servicio de Endocrinología del Complejo hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja el día 5 de noviembre de 2013; en ese momento, no presentaba lesiones y, una vez realizadas las exploraciones y pruebas complementarias recomendadas, fue remitido a su Centro de salud para la realización de sus seguimientos posteriores.

2º.- No se han aportado informes que hagan referencia al momento de la aparición de la lesión, ni de las posibles valoraciones y manejo por parte de atención primaria.

3º.- En su primera visita (al Servicio de) Cirugía Vascular, el 30 de mayo de 2014, (seis meses después), el paciente ya presenta una lesión sobreinfectada en el primer dedo del miembro inferior izquierdo, y, a la exploración física, tiene ausencia de pulsos distales.

4º.- El paciente es ingresado, y se inicia tratamiento antibiótico intravenoso, se toman muestras para cultivos, pauta de curas locales y tratamiento vasodilatador intravenoso, con el fin de controlar la infección y mejorar la perfusión periférica.

5º.- Se actuó de manera adecuada a lo establecido en los protocolos actuales del manejo del pie diabético, dando prioridad al control de la infección, independientemente de la situación vascular. Los procedimientos de revascularización, si son necesarios, siempre deben quedar en un segundo plano.

6º.- Cuando la infección no se controla con manejo conservador, hay que ser agresivo, procediendo al drenaje de los abscesos existentes, desbridamientos de los tejidos desvitalizados e incluso la amputación, como fue necesario en este caso.

7º.- El pie diabético es una complicación grave de la diabetes, afecta hasta al 15% de los diabéticos; siendo el riesgo de amputación anual del 5% en pacientes mayores de 65 años.

Por todo lo expuesto anteriormente, se concluye que la actuación médica fue correcta.

Octavo

Mediante escrito de 28 de enero de 2016, la Instructora se dirige a la Letrado del reclamante, dándole trámite de audiencia, por término de quince días.

La Letrado comparece en el Servicio de Asesoramiento y Normativa, el 26 de febrero, 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 24 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 25 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 10 de junio.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 20 de junio de 2016, y registrado de entrada en este Consejo el 21 de junio 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 21 de junio de 2016, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 22 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 superior a 50.000 euros.

Al reclamarse por el interesado 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

No alegándose de adverso falta o insuficiencia de información al paciente y obrando en el expediente hasta tres documentos de consentimiento informado suscritos por él, la posible responsabilidad patrimonial de la Administración ha de enjuiciarse bajo el otro de los parámetros indicados, el de si existe o no un funcionamiento anormal que contravenga los postulados de 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.

Según el escrito de reclamación, la vulneración de la *lex artis* se aprecia en la demora en la remisión del paciente a un Centro especializado que realizara un estudio vascular periférico. Entiende el reclamante que, si se hubiera realizado antes la consulta al Servicio de Cirugía Vascular y la intervención quirúrgica sobre el vaso que estaba estrechado, las posibilidades de que no se precisara una amputación serían mayores.

Pongamos de relieve, en primer lugar, las posibles inexactitudes que se aprecian en el relato fáctico de la reclamación planteada, puesto que, pese a la investigación que realiza la Médico inspector, previamente a la emisión de su informe, no ha podido documentar las supuestas atenciones de los días 18 y 19 de mayo de 2014 en los Ambulatorios de Alberite y Albelda, respectivamente: en los ficheros de Urgencias del Centro de Salud de Alberite, no figuran antecedentes de asistencia alguna al reclamante; y el Centro de Salud de Albelda no tiene Servicio de Urgencias y las asistencias se hacen constar directamente en la historia clínica del paciente.

Por contra, sí aparece documentada la atención del siguiente día 23 de mayo, por su Médico de Atención Primaria, presentando úlcera tórpidas en primer dedo del pie izquierdo. Tras la exploración de la lesión y dados los antecedentes médicos del paciente,

diagnosticado un año antes de diabetes mellitus tipo 2, el Facultativo cursa solicitud de derivación al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular (ACV), con prioridad “preferente”.

El 30 de mayo, es decir sólo 7 días después, es atendido en el Servicio de ACV, con el diagnóstico de pie diabético y para iniciar tratamiento antibiótico intravenoso, pauta de curas locales y realizar estudios diagnósticos de imagen. Estudiado el caso en sesión clínica, se cursa ingreso hospitalario urgente, permaneciendo ingresado hasta el 16 de junio, en que se decide alta hospitalaria y su paso al Servicio de Hospitalización a Domicilio (HAD), para completar el tratamiento y para vigilancia evolutiva de sus lesiones. En ese momento, es informado de la elevada probabilidad de la necesidad de la amputación del primer dedo en un futuro próximo.

Ante la evolución tórpida, con persistencia de infección local, se decide nuevamente ingreso en hospitalización convencional, que se produce el siguiente día 4 de julio, sumando, a los diagnósticos previos, *“necrosis primer dedo MII y celulitis en pie”*. Advirtamos, en este punto, que, en el escrito de reclamación, se da a entender que, en esa fecha, el paciente acude al Servicio de Urgencias por empeoramiento de su dolencia, cuando, en realidad, se encontraba ya y desde el 30 de mayo, bajo la supervisión y tratamiento diario de Especialistas, que son los que deciden el reingreso.

Tras ser nuevamente presentado el caso en sesión clínica, se plantea la amputación del primer dedo, que se realiza el día 8 de julio, precisándose reamputación proximal por necrosis de los bordes, realizada el día 18 siguiente.

El postoperatorio discurre sin incidencias y se decide alta hospitalaria, con fecha 31 de julio, para continuar de forma ambulatoria el seguimiento del proceso hasta el cierre completo del lecho de amputación, que se produce el día 4 de febrero de 2015.

No cabe apreciar, en el descrito *iter* asistencial, demora ni retraso alguno en la derivación del paciente al correspondiente Servicio especializado, pues transcurren sólo siete días desde que el Médico de Atención Primaria la solicita con prioridad preferente y el momento en que es atendido en el Servicio de ACV, a partir del cual es objeto de asistencia continuada en hospitalización interna o a domicilio.

Asistencia que, según todos los informes obrantes en el expediente, es la adecuada a la patología que presentaba el paciente. El pie diabético es una complicación grave de la diabetes, que afecta hasta al 15% de los diabéticos, siendo el riesgo de amputación anual del 5% en pacientes mayores. Las acusaciones contenidas en el escrito planteando la reclamación sobre curas deficientes, falta de controles, indebida asistencia médica,

dejación de funciones y otras semejantes, parecen gratuitas e infundadas, sin que se aporte indicio o prueba alguna.

A tales informes, debemos atenernos, ante la falta de actividad probatoria por parte del reclamante, a quien 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.

No es ésta la primera ocasión en que condenamos dicha falta de actividad probatoria, 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 Compañía Aseguradora, no utilice el trámite de audiencia para aportar alguna prueba o, al menos, exponer alguna argumentación contraria a las conclusiones de aquéllos.

Frente al juicio técnico contenido en los citados informe y dictamen, y a pesar de que pudieran cuestionarse por la posibilidad de ser considerados como de parte, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones del reclamante 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 (cfr. dictámenes D.55/05, D.57/06, D.4/07, D.16/08, D.17/11, D.44/14 y D.37/15, entre otros).

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación planteada por 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