

En Logroño, a 27 de febrero 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, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiéndose ausentado el Consejero D. Pedro Prusén de Blas, por concurrir en el mismo causa legal de abstención, y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad de los asistentes, el siguiente

DICTAMEN

13/17

Correspondiente a la consulta formulada por la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria formulada por D^a E.C.A, por daños y perjuicios que entiende causados por el fallecimiento de su esposo, D. J.M.L.C, durante un cateterismo practicado en la Clínica L.M, por derivación del SERIS; y que valora en 600.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

La reclamación se inició mediante escrito de 7 de julio de 2015, presentado por D^a Elena Cristóbal Arriete en el Registro de la Consejería de Salud el siguiente 5 de agosto de 2015, en el que la expresada reclamante señala lo siguiente:

-Que el día 20 de agosto de 2014 su precitado esposo sintió un ligero dolor en el pecho, acudiendo al Centro de Salud de Alfaro, al residir en dicho municipio, del que fue derivado al Hospital Fundación de la localidad de Calahorra (FHC), en el que, tras las pruebas oportunas, se le diagnosticó una patología cardiaca grave, motivo por el que se le derivó, de forma inmediata, al Hospital *San Pedro* (HSP), donde permaneció ingresado durante una semana, efectuándosele diversas pruebas propias de patología cardiaca, entre las que destaca un cateterismo, por el que se comprobó la existencia de obstrucción de válvula aortica, así como “una coronaria” [sic., debe referirse a una

enfermedad coronaria]. Los médicos que le atienden determinan “*la necesidad de realizar un by pass y cambio de válvula aortica*”, remitiéndole a la Clínica *L.M*, por ser el centro de referencia para tales intervenciones. El alta de ingreso en el FHC se produce el día 27 de agosto de 2014.

-Desde la referida Clínica le citan para el día 29 de agosto de 2014, fecha en la que se entrevistan con el Dr. D. P.Á.N, quien les informa cómo es la intervención a realizar, así como los riesgos a ella inherentes, tras lo cual vuelven a su domicilio. Previamente citado, el día 8 de septiembre de 2014 se le efectúan, en la misma Clínica, las pruebas médicas pertinentes, concertando la intervención quirúrgica, para el siguiente 11 de septiembre.

-El día 9 de septiembre de 2014, vuelve a tener un fuerte dolor, realizando el mismo recorrido anterior: Centro de Salud de Alfaro y FHC, en el cual, ante la manifestación del paciente de que tenía prevista una intervención quirúrgica en la Clínica *L.M*. para el siguiente día 11, es remitido a dicha Clínica.

-El día programado, el 11 de septiembre, se le practica la intervención quirúrgica informándosele a su término que había transcurrido correctamente. Permanece en observación hasta el 17 de setiembre de 2014, en que es dado de alta.

-Continua manifestando la reclamante que las revisiones postoperatorias le fueron encomendadas a una Cardióloga de la FHC, la Dra. R.Z, la cual, en la primera revisión, efectuada el 6 de octubre de 2014, tras practicarle un electrocardiograma, les indica que se observa que el *bypass* no funcionaba correctamente, cuestión que ya describía el informe de alta de la Clínica *L.M*, indicándoles la necesidad de efectuarle una coronografía, fijándose para su realización el día 10 siguiente, si bien luego fue adelantada al 8 de ese mismo mes.

-Tras esa prueba, y puesto en contacto el paciente con el Dr. que llevó a cabo la intervención quirúrgica del 11 de septiembre, este les informa que, dadas las circunstancias, debería volverse a realizar un nuevo cateterismo.

-Por llamada telefónica del 13 de octubre de 2014, se le informa de que la intervención quirúrgica se ha programado para el siguiente 16, fecha en la que se lleva a cabo, iniciándose la misma a las 16,30 horas, siendo efectuada por el mencionado Cirujano, Dr. Á.N, junto con el Dr. R, Especialista en Hemodinámica.

-Transcurre un largo periodo de tiempo, a lo largo del cual el Dr. N, primeramente, conversa con la esposa del paciente, indicándole que estuviese tranquila, que ya se había visto la obstrucción; posteriormente, hacia las 18 horas, son llamados los familiares allí presentes al despacho del Dr. N, el cual les informa que se había producido “una rotura” en la unión de *bypass*, produciéndose una hemorragia que no podían controlar; y, por último, hacia las 19 horas, salió el Cirujano e informó a los familiares que el paciente había fallecido. A la pregunta de los familiares sobre cuál había sido la causa, indicó – según refiere la reclamante- que “*no existía explicación*”.

Tras alegar en el escrito iniciador del expediente, los Fundamentos de Derecho en que la reclamante apoya la existencia de responsabilidad patrimonial, fija los daños y perjuicios que entiende causados en 600.000 euros, con apoyo, tan sólo en que, para la evaluación económica del perjuicio causado, “*debe considerarse la situación familiar del fallecido, que deja viuda, tres hijos, y un padre, así como la circunstancia de que era, a su fallecimiento, titular de un negocio de comercio...*”.

Segundo

Por escrito de la Consejería de Salud, firmado electrónicamente el 11 agosto de 2015 y notificado a la reclamante el siguiente día 14, fue requerida para que justificara el parentesco con el paciente, lo cual llevó a cabo el 19 de agosto de 2015.

Completada la reclamación, la Secretaría General Técnica de La Consejería de Salud dictó Resolución firmada electrónicamente el 7 de setiembre de 2015, en cuya parte dispositiva se resolvía tener “*por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 19 de agosto de 2015, día en que ha tenido lugar la subsanación*” y se designaba Instructora del procedimiento.

Tercero

La Instructora del procedimiento, tras remitir a la reclamante escrito firmado electrónicamente el 8 de setiembre de 2015 –recibido por ésta el siguiente 11- notificándole la iniciación del procedimiento así como los plazos y demás datos necesarios, dirigió sendos escritos a:

-La Clínica *L.M*, el firmado electrónicamente el 11 de setiembre de 2015 (recibido por esta el 16 de igual mes), en el que, al tiempo que le ponía en conocimiento la existencia de la reclamación, solicitó remisión de los antecedentes que existiesen y datos e informes de interés en relación con la asistencia sanitaria prestada al reclamante;

informe de los Facultativos intervinientes en la asistencia; cuantos otros datos, documentos e informes se estimen convenientes para una mejor decisión sobre lo reclamado; y, de tener póliza de seguros, datos de la Cía. aseguradora a los exclusivos efectos de comunicarle el siniestro;

-La Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, el firmado electrónicamente el 28 de septiembre de 2015, solicitándole idénticos datos que a *L.M*;

-La Gerencia de la Fundación Hospital de Calahorra (FHC) el firmado electrónicamente el 28 de septiembre de 2015, solicitando la documentación clínica relativa a la asistencia sanitaria prestada al paciente;

-Igualmente notificó la existencia de la reclamación a la Aseguradora del SERIS, a través de la correduría A, mediante escrito de 17 de septiembre de 2015, cursando esta recibo de la comunicación por escrito de 21 de igual mes.

Dichas solicitudes fueron cumplimentadas:

-La Clínica *L.M*, habiéndose personado a través de representante en el procedimiento en fecha 18 de setiembre de 2015, por escrito presentado en el Registro en fecha 5 de octubre de 2015, aportó lo solicitado, a excepción del informe del Dr. Á.N, que fue presentado en el Registro de la Consejería de Salud el 13 de octubre de 2015. De manera concreta, consta, entre la documentación facilitada, el consentimiento informado para intervención quirúrgica sobre “sustitución valvular y revascularización miocárdica”, así como para la anestesia correspondiente, suscritos por Médico informante y paciente en fecha 29 de agosto de 2014.

-La Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, mediante escrito de 1 de febrero de 2016, presentado en el Registro de la Consejería el siguiente día 2, y en la que también se ha de reseñar la existencia del consentimiento informado para llevar a cabo el “cateterismo cardíaco diagnóstico”, que se le practicó durante su ingreso en el indicado hospital del 20 al 27 de agosto de 2014.

-La Fundación Hospital de Calahorra, mediante escrito de 9 de octubre de 2015.

Asimismo, la Instructora, una vez tuvo conocimiento de quién era la Aseguradora de la Clínica *L.M*, procedió a notificarle la existencia del procedimiento, mediante escrito que, firmado electrónicamente el día 13 de octubre de 2015, fue recibido por esta el siguiente 16.

Cuarto

Cumplimentado el expediente, la Instructora, por escrito firmado electrónicamente el 4 de febrero de 2016, solicitó, a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, informe, a elaborar por el Médico Inspector que correspondiese, expidiéndose el mismo, firmado electrónicamente en fecha 4 de octubre de 2016, y en el que se efectúa un examen de todas las actuaciones desarrolladas, explicando ser ajustadas a los parámetros establecidos medicamente, y siempre en función de los resultados obtenidos en las pruebas analíticas y verificadoras que, ajustadas a lo técnicamente exigido, se le efectuaron al paciente. Tras ello, establecía las siguientes conclusiones:

“1ª.- La intervención inicial de sustitución de válvula aortica y revascularización miocárdica mediante bypass estaba indicada para la situación clínica del paciente, y se realizó correctamente, pues los episodios de bloqueo producidos durante la misma, fueron adecuadamente tratados.

2ª.- Los signos posteriormente aparecidos reflejaban un infarto agudo de miocardio (en siglas IAM) perioperatorio, realizándosele un estudio mediante coronariografía por ser prueba recomendada para su detección, apreciándose nuevas zonas de estenosis coronaria, cuyo tratamiento es la intervención coronaria percutánea realizada.

3ª El IAM perioperatorio posrevascularización es una complicación descrita en la literatura científica, y que figuraba en el consentimiento informado firmado por el paciente.

4ª.- En la última IQ, la intervención coronaria percutánea mediante cateterismo terapéutico, se produjo la rotura de la anastomosis del bypass coronario, produciéndose hemorragia y taponamiento cardiaco, que, pese a ser tratados correctamente, derivaron en dos episodios de parada cardiaca, causándole la muerte el último de ellos”.

Finaliza considerando que se actuó, en todo momento, conforme a la *lex artis*.

Asimismo, sin que conste en qué fecha se incorporó, obra en el expediente el informe emitido, a instancia de la Aseguradora del SERIS, por el Dr. C.I.C, Doctor en Medicina y Especialista en Cardiología, componente de la Consultora Médica *P*, coincidente, en su contenido y conclusiones, con el precedentemente citado de la Inspección médica.

Quinto

Finalizada la instrucción del expediente con los datos, informes y escritos precedentemente descritos, la Instructora puso tal circunstancia en conocimiento de todos los personados en el mismo: a la reclamante (por escrito firmado electrónicamente el 6 de octubre

de 2016, notificado el siguiente día 10); a la Aseguradora de la Clínica *L.M.* (por escrito firmado electrónicamente el 6 de octubre de 2016, notificado el siguiente día 10); y a la Aseguradora del SERIS, en la persona de su representante personado (por escrito firmado electrónicamente el 19 de octubre de 2016, y notificado el siguiente día 25).

En dichos escritos, se les concedía el trámite de vista del expediente y plazo para efectuar alegaciones, presentándose tan solo por parte de la aseguradora de la REFERIDA Clínica en la que se efectuaron las intervenciones.

Sexto

Completados los trámites referidos, en fecha 12 de diciembre de 2016, la Instructora elaboró Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Recibida la Propuesta de resolución antedicha por la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud, ésta solicitó –por oficio firmado electrónicamente el 14 de diciembre de 2016- a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, el preceptivo informe, el cual se llevó a cabo en fecha 27 de diciembre de 2016, considerando ajustada a Derecho la Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 28 de diciembre de 2016, y registrado de entrada en este Consejo el 2 de enero de 2017, 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 2 de enero de 2017, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 3 de enero de 2017, 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 correspondiente ponencia 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

Determinación de la normativa aplicable

Dado el periodo concreto de tiempo en que se ha desarrollado la tramitación del procedimiento que se nos somete a dictamen, se hace necesario examinar, como cuestión previa, cuál sea la norma de aplicación al mismo, ya que la Ley 39/2015, de 1 de octubre (publicada en el BOE de 2 de octubre de 2015), del Procedimiento Administrativo Común (LPAC'15), cuya DD Única deroga la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC'92), ha entrado en vigor (según la DF 7ª LPAC'15), al año de su publicación en el BOE (es decir, el 2 de octubre de 2016), por lo cual, el expediente objeto de dictamen se ha iniciado bajo la vigencia de la norma actualmente derogada, habiéndose tramitado en su parte final bajo la cobertura "temporal" de la LPAC'15 citada.

La cuestión queda resuelta en la DT.3ª LPAC'15, a cuyo tenor: *"a) A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley, no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior; b) Los procedimientos de revisión de oficio iniciados después de la entrada en vigor de la presente Ley se sustanciarán por las normas establecidas en ésta"*.

La aplicación al caso de esta DT. 3ª LPAC'15, pone de relieve que se inició antes de la entrada en vigor de la LPAC'15, por lo que, de conformidad con lo indicado en su apdo. a), el procedimiento de responsabilidad patrimonial al que este dictamen está referido se rige por la precitada LPAC'92.

Segundo

Necesidad de dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por RD 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, fija la preceptividad del dictamen cuando la cuantía reclamada sea igual o superior a 50.000 euros. Siendo, en este caso, la cuantía de la reclamación la de 600.000,00 euros, nuestro dictamen es preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del artículo 12.2 del citado RD 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de la 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'92).

Tercero

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la LPAC'92, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del RD 429/1993, de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (por todos, D.20/13), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e

individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4º.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado 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 dijera este Consejo Consultivo, entre otros, en su 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 demanda: 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 criterio 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...*”.

Este Consejo ha venido recogiendo, en sus dictámenes, los requisitos para que se produzca la responsabilidad patrimonial sanitaria establecidos por los Tribunales de Justicia, en las Sentencias dictadas sobre dicha materia, de las que constituye exposición, clara, y ampliamente fundada, la de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior Justicia de La Rioja, de 15 mayo 2013 (Rec. núm. 31/2012; Ponente, Ilmo. Sr. D. J.M.E.P.), ya citada en anteriores dictámenes (cfr. D.04/14, D.41/14 y D.56/14), a los que nos remitimos.

Cuarto

La existencia o inexistencia de un título de imputación del daño a la Administración en el presente caso

Como se ha indicado, en la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación de los servicios públicos de salud, no basta con la producción de un resultado que cause un “daño” a los particulares, ya que si bien esa responsabilidad es objetiva, es decir, haya sido el actuar administrativo normal o anormal, para que esta sea considerada imputable se exige que, en la actuación –ya sea por acción, ya por omisión-, se prescinda de la utilización de los medios apropiados conforme al estado de la técnica en el momento en que se produce, y se lleve a cabo con arreglo a las reglas que para ellos rigen también en dicho momento (hoy en día, es frecuente la utilización de los denominados “protocolos” que determinan la actuaciones a seguir).

Y, de los datos informes y argumentos obrantes en el expediente no otra cuestión se puede concluir que el que, en todo momento, se actuó con arreglo a la *lex artis ad hoc*, sin incurrir en dilaciones inapropiadas.

En efecto, los primeros síntomas aparecidos en el paciente el 20 de agosto de 2014, diagnosticados inicialmente como “patología cardíaca grave”, ya, en el primer momento, en FHC, se le deriva, de manera inmediata, al HSP de Logroño (centro más amplio y que cuenta con más medios que el de procedencia), en el que permaneció ingresado durante una semana, y en el que se le realizaron las pertinentes y adecuadas pruebas –en determinación efectuada por los dos únicos informes periciales existentes en el expediente: el informe de Inspección Médica, y el del especialista de P.-, que revelaron la dolencia padecida: estenosis (según el Diccionario Médico de uso de la Universidad de Navarra, “*estrechez patológica, congénita o adquirida, de un orificio o conducto orgánico*”, el cual añade que “*con frecuencia la estenosis es secundaria a tratamientos médicos e intervenciones*”) aortica severa sobre válvula bicúspide, aorta descendente ligeramente dilatada, y enfermedad significativa de un vaso principal.

Exigiendo dicha dolencia de una intervención quirúrgica, esta se lleva a cabo el 11 de setiembre de 2014, es decir a los 14 días de haber sido dado de alta en el HSP, encontrándose asintomático, periodo de tiempo que ambos informes periciales consideran acorde a los protocolos médicos aplicables, al igual que estiman correctas las actuaciones médicas practicadas en la intervención.

En la revisión postoperatoria que se le efectúa en FHC el 6 de octubre de 2014, y por presentarse sospecha de infarto agudo de miocardio perioperatorio, el paciente es dirigido al Médico que llevó a cabo la anterior intervención quirúrgica, ordenándose, el 16 de octubre, el ingreso en la Clínica *L.M.* Se trata de un periodo de tiempo escaso (10 días) que, según los precitados informes médico-periciales, se considera acorde con la sintomatología.

Al ingreso, se le efectúa una coronariografía, que muestra DA, con estenosis severa del segmento medio y oclusión completa en el segmento distal, entre otras patologías. Se procede a realizar, de manera inmediata, la correspondiente intervención, en el transcurso de la cual surgen las complicaciones ya relatadas, que se intentan solucionar, pese a lo cual se produce el desgraciado fallecimiento del paciente. Sobre estas circunstancias, ambos informes médico-periciales, con apoyo en literatura médica y en los protocolos habituales, son unánimes en que: **i)** la aparición del infarto agudo es un riesgo inherente a las intervenciones como la primera de las realizadas al paciente; **ii)** que, precisamente por esa previa intervención resulta más difícil de detectar; **iii)** no se produjo demora alguna entre la aparición de los síntomas y la ejecución de la intervención quirúrgica; **iv)** que la técnica desarrollada en esta segunda intervención es adecuada y ajustada a la *lex artis*; **v)** que la rotura de la anastomosis (“*conexión quirúrgica entre dos estructuras. Generalmente, quiere decir una conexión creada entre estructuras tubulares, como los vasos sanguíneos*”), junto con el sangrado posterior, tras el cual se produjo el fatal y desgraciado desenlace, constituyen riesgos inherente a las dolencias que presentaba el paciente y a las intervenciones recomendadas y practicadas que se le efectuaron.

Riesgos que, como ambos informes ponen de relieve, se encuentran recogidos expresamente en los documentos de consentimiento informado que el paciente suscribió, y que la propia reclamante, en su escrito iniciador del procedimiento, reconoce, al manifestar que, previamente a las intervenciones quirúrgicas, mantuvieron reuniones con el Médico que iba a llevarlas a cabo, explicándoles éste en que consistían y los riesgos que comportaban.

Viene manifestando este Consejo con cierta habitualidad que, cuando se trata de expedientes, similares al presente, en los que los términos y técnicas de los que se puede deducir o no la existencia de responsabilidad, la exactitud de lo que en las pruebas periciales se pueda exponer no puede ser rebatido por quien carece (salvo en escasas excepciones) de esos conocimientos técnicos, por lo que resulta muy conveniente que quien pretenda exponer conclusiones contrarias a lo que en ellos se manifieste, aporte al expediente un informe elaborado por un técnico competente en la materia.

No es tal la actuación desarrollada por la reclamante; pues ni junto con el escrito iniciador de la reclamación, ni durante el periodo de alegaciones, una vez completado el expediente, ha aportado medio de prueba alguno por el que se pudiera deducir la existencia de afirmaciones o conclusiones erróneas en los dos, únicos y coincidentes, informes periciales obrantes en el expediente.

Es de reseñar que, como advierte del informe de la Inspección médica, el documento de consentimiento informado de la segunda intervención quirúrgica, en la que se produjo el fallecimiento del paciente, sólo advertía de la posibilidad de esta última circunstancia en un 1% de los casos, advertencia ésta que puede ser referida a la hemorragia que tuvo lugar, pero también a otras complicaciones, por lo que resulta genérica y no exime al reclamante de necesidad de probar una posible mala praxis en la intervención o un daño desproporcionado que invierta la carga de la prueba, obligando a la Administración sanitaria a probar que no se produjo una intervención incorrecta. Sin embargo, en el expediente, se advierte un vacío probatorio de estas circunstancias, por lo que este Consejo se ve constreñido a dictaminar únicamente con arreglo al material probatorio que se desprende del expediente.

Así pues, no otra cosa se puede concluir sino que, en todas las actuaciones médicas desarrolladas por el Servicio público de salud reclamado, se actuó conforme lo exigía la *lex artis ad hoc*.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta al no haber probado ninguna infracción de la *lex artis*.

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