

En Logroño, a 16 de marzo de 2018, 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. José María Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

21/18

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D<sup>a</sup> M.T.H.L. y D<sup>a</sup> M.T.D.H, por los daños que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. A.D.A, tras ser atendido en el SERIS de una neumonía bilateral por Gripe A; y que valoran en 180.000 euros.*

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Antecedentes del asunto

#### Primero

Mediante escrito remitido por correo certificado el 12 de enero de 2017, que tuvo entrada en el registro de la Consejería el posterior día 17, la representación Letrada de las precitadas reclamantes presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, que se fundamenta, resumidamente, en los siguientes hechos:

“PRIMERO: (el antes referido paciente), vecino de Logroño, de 59 años de edad, falleció el día 3 de febrero de 2016 a resultas de una *“neumonía bilateral por Gripe A”*, en el Hospital de Cruces (Barakaldo-Vizcaya), Centro al que había sido trasladado desde el Hospital *San Millán-San Pedro* de Logroño el día 29 de enero de 2016. Se hallaba casado con la (precitada reclamante) y eran padres de una hija, (la también precitada reclamante), de diecinueve años de edad en el momento del fallecimiento de su padre.

SEGUNDO: (El paciente) había acudido a su PAC de Zona el 11 de enero de 2016, *“por fiebre elevada y tos de unos tres días de evolución que no cede a pesar de tratamiento con algidol, ibuprofeno, metamizol, hoy ha iniciado tratamiento con amoxicilina-clavulánico 875 mg, persistiendo fiebre de 39,5°C; siendo derivado al Hospital con la impresión diagnóstica de “insuficiencia respiratoria, bronconeumonía”*.

A su llegada al Servicio de Urgencias, el paciente presenta estabilidad hemodinámica, hipoventilación, con crepitantes bibasales y sibilancias espiratorias; y el Rx de tórax practicado objetiva *“infiltrado pulmón derecho, infiltrado cisural izquierdo”*. Por ello, con la impresión clínica de *“neumonía bilateral, broncoespasmo moderado, insuficiencia respiratoria parcial, hipopotasemia moderada”*, el paciente fue ingresado en el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital *San Millán-San Pedro* de Logroño.

TERCERO: Tras 24 horas ingresado en el Servicio de (Enfermedades) Infecciosas, el paciente presentó empeoramiento respiratorio y aumento de las necesidades de oxigenoterapia, por lo que son avisados los (Médicos) intensivistas que, tras examinar al (paciente), *“...con disnea, sudoroso, saturación de 84%, con mascarilla reservorio; en la gasometría arterial: ph, 7,41; PCO<sub>2</sub>, 29; PO<sub>2</sub>, 51; EB,-5; Rx Tórax, aumento de los infiltrados bilaterales”*, deciden su ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva, donde, tras la estabilidad inicial, se produce un aumento del trabajo respiratorio, con desaturación, que requiere intubación endotraqueal y ventilación mecánica, con empeoramiento de Rx de tórax, que objetiva infiltrados bilaterales.

El cultivo de esputo y frotis -12 de enero- detecta el *Virus Influenza A, Subtipo H1N1*, (es decir, la enfermedad conocida coloquialmente como Gripe A), resultando el cultivo de aspirado traqueal negativo para bacterias, hongos y legionella. Por ello, el paciente es tratado inicialmente con el antiviral Oseltamivir –que le es retirado el día 18 de enero- así como con Linezolid y Meropenem, aún a pesar de la inexistencia de infección bacteriana y el riesgo de incrementar la hipopotasemia que el (paciente) ya presentaba al ingreso.

Ante el avance del proceso infeccioso, la mala evolución desde el punto de vista hemodinámico, la no consecución de estabilidad respiratoria y la falta de alternativas terapéuticas por parte de los Médicos del Hospital *San Millán* –que, literalmente, comunican, a la reclamante, que se limitaban a esperar su fallecimiento- la familia del paciente, tras consultar a otros Especialistas ajenos al Hospital, solicita el traslado al Hospital de Cruces (Barakaldo-Vizcaya), a fin de intentar el tratamiento terapéutico mediante soporte respiratorio con ECMO.

CUARTO: Por ello, el 29 de enero de 2016 el (paciente) es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Cruces, para valoración de terapia con oxigenación extracorpórea (ECMO), llegando a ese Centro hemodinámicamente inestable, precisando noradrenalina a dosis moderadas-altas para mantener la tensión arterial, con tendencia a oliguria y datos analíticos de fracaso renal. El TAC de tórax descarta tromboembolismo pulmonar, pero objetiva la existencia de distress respiratorio grave y la ecocardiografía acredita severa disfunción biventricular con hipocinesia global.

Con esos datos, se decide implantación de ECMO venoarterial, que se hace efectiva a las diez de horas del ingreso en el Servicio y que produce una, lenta y progresiva, estabilización del paciente desde el punto de vista hemodinámico, con retirada de vasoactivos, y respiratorio, disminuyéndose el soporte de ventilación mecánica. La evolución es de estabilidad clínica leve; descenso de apoyo circulatorio externo y leve mejoría cardiológica, con recuperación parcial de la función biventricular; y ello a pesar del fracaso renal anúrico desde las primeras horas de ingreso, que precisó técnicas de reemplazo renal (HDFVVC).

Al cuarto día de ingreso, la exploración clínica detecta midriasis bilateral que evoluciona a arreactividad, lo que motiva la realización de un TAC cerebral urgente, cuyo informe acredita la existencia de *“hematoma hemisférico cerebeloso izquierdo; borramiento de cisternas con posible afectación del tronco cerebral”*.

Valorado por el Servicio de Neurocirugía, se descarta la evacuación quirúrgica del hematoma, dado que la exploración neurológica del paciente es compatible con severa afectación de troncoencéfalo, con pares craneales negativos a la exploración y midriasis arreactiva. Se practica ECO Doppler craneal que objetiva patrón cercano a la muerte encefálica, evolucionando el paciente con fracaso multiorgánico mantenido, asociado a la lesión neurológica, e informándose a la familia del mal pronóstico vital, por lo que se decide conjuntamente la limitación de esfuerzo terapéutico, con desconexión de ECMO y se asocia sedación. El (paciente) falleció el día 3 de febrero de 2016, a las 19,15 horas.

QUINTO: La patología que presentó el paciente fue, como se ha reseñado más arriba, una neumonía bilateral causada por el Influenzavirus A, Subtipo H1N1, lo que, coloquialmente, se conoce como Gripe A o también Gripe aviar.

Tras exponer los fundamentos jurídicos que estima pertinentes, solicita una indemnización de 180.000 euros.

### **Segundo**

En fecha 17 de enero, se requiere al Letrado firmante la acreditación de la representación que dice ostentar, lo que efectúa aportando poder para pleitos a su favor, mediante escrito presentado en fecha 6 de febrero de 2017.

### **Tercero**

Mediante Resolución de 14 de febrero de 2017, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 6 anterior y se nombra Instructor del mismo.

### **Cuarto**

Mediante comunicación del mismo día, se comunica al Letrado la iniciación del procedimiento, informándole de los extremos exigidos por los arts. 24.1.2º y 91.3, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15).

Mediante comunicación interna del día 28 de febrero, el Instructor se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando la remisión, en un plazo de 10 días, de cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada 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.

Igualmente se requería al Hospital Universitario de Cruces, cuantos antecedentes existan referentes a la asistencia prestada al paciente.

Ambas solicitudes son atendidas constando, a continuación, en el expediente, la información solicitada a ambos Centros hospitalarios.

### **Quinto**

Con fecha 15 de junio de 2017, el Instructor remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

### **Sexto**

Figura, a continuación, en el expediente, un dictamen pericial de la Consultora médica *P*, emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, de fecha 10 de junio de 2017, que establece las siguientes conclusiones generales:

- “1. (El paciente) acudió al Hospital San Millán el 11 de enero del 2016 por una neumonía adquirida en la comunidad.*
- 2. Fue ingresado y diagnosticado de neumonía por el virus de la gripe A H1N1 el día 12, iniciando tratamiento con Oseltamivir, de forma correcta.*
- 3. Evolucionó a un distress respiratorio, motivo por el que ingreso en UCI.*
- 4. El manejo del distress fue correcto y ajustado a lex artis.*
- 5. La dosis utilizada del Tamiflu fue correcta; no existe evidencia de que sea necesario dosis más altas ni durante más tiempo.*
- 6. Tras una mejoría inicial, el paciente se deterioró y se planteó, a instancias familiares, el uso de ECMO.*
- 7. El SERIS no tiene en su cartera de servicios el ECMO; por ello, se contactó con el Hospital de Cruces, (que aceptó) al paciente.*
- 8. No existió ningún abandono ni desistimiento terapéutico del paciente.*
- 9. Falleció como consecuencia de un sangrado cerebral, necesario (sic) para el tratamiento con ECMO”.*

El informe de *P* termina con la siguiente conclusión final: *“la atención recibida por (el paciente) fue correcta en todo momento y ajustada a lex artis; La causa última del fallecimiento fue el sangrado cerebral, favorecido por la anticoagulación necesaria para el ECMO”.*

## Séptimo

El Informe de la Inspección médica es de fecha 23 de octubre de 2017 y, en él, se establecen las siguientes conclusiones:

- 1. El paciente ingresó por un cuadro de neumonía bilateral, con insuficiencia respiratoria que, a las pocas horas, empeoró hacia un cuadro de SDRA grave, con progresión de la ocupación alveolar, que requirió tratamiento de ventilación mecánica e ingreso en UCI. En las muestras respiratorias, se confirmó la presencia de virus de la Gripe A (H1N1), pautando tratamiento con Oseltamivir, a la dosis convencional de 75mg/12 horas.*
- 2. Durante la primera semana, la evolución fue favorable, mejorando los parámetros respiratorios y desapareciendo la fiebre, procediendo a la suspensión del tratamiento con Oseltamivir a los 5 días de su inicio, tal y como se indica en su ficha técnica.*
- 3. En la reclamación se hace referencia a la recomendación existente por parte de la OMS de incrementar la dosis y duración del tratamiento con Oseltamivir (150mg/12h durante 10 días) en situaciones como la que presentaba el paciente. Dicha recomendación, tal y como indica la propia OMS, no estuvo fundamentada en estudios de calidad y, aún en la actualidad, no existe evidencia científica que avale una mayor eficacia de dicha dosis. Por lo tanto, no se puede considerar que, tanto la dosis como la duración del tratamiento con Oseltamivir que se pautó en este caso, fuera inadecuada, dado que se siguió la posología que figura en la ficha técnica oficial de dicho medicamento (75mg/12 horas durante 5 días); y, además, con la misma, presentó mejoría clínica que, en principio, no justificaba el haberse pautado una posología diferente.*
- 4. Días más tarde, ante un importante deterioro clínico, se inició una nueva tanda de tratamiento con Oseltamivir; tratamiento que, de manera justificada, se suspendió ante la posibilidad de presentar una de las posibles reacciones adversas de gravedad que se describen del medicamento, no existiendo otras alternativas de tratamiento antiviral.*
- 5. Posteriormente, y pese unas adecuadas medidas terapéuticas que siguieron durante el tiempo que permaneció ingresado en la UCI del Hospital San Pedro, la evolución fue desfavorable, hacia la extrema gravedad.*
- 6. A instancia de la familia y en coordinación con el Hospital de Cruces, se realizó el traslado del paciente para recibir tratamiento de soporte respiratorio con ECMO. Durante el tratamiento, presentó una hemorragia cerebral que condujo a su fallecimiento, siendo esta una posible complicación de dicho tratamiento, que queda recogida en el consentimiento informado firmado por la familia.*
- 7. No se puede considerar, tal y como se indica en la reclamación, que haya existido “un considerable retraso en iniciarse tratamiento con ECMO que haya resultado fatal”, ya que: i) el tratamiento con ECMO no es un tratamiento curativo; es un tratamiento considerado de rescate, lo que implica asumir que ofrece, a algunos enfermos, una probabilidad de supervivencia mayor, pero que ese beneficio no está claramente establecido por la evidencia científica; ii) no se puede reconocer tal retraso al no existir un protocolo uniforme y consensuado sobre sus indicaciones; y iii) el paciente fallece por presentar una complicación propia del procedimiento, sin poderse establecer una relación de causa efecto entre la aparición de esa complicación y el hecho de haberse podido iniciar el tratamiento con anterioridad.*

El informe de la Inspección médica termina con la siguiente conclusión: *“por lo expuesto y pese a que la evolución del paciente no haya sido la esperada, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta y que no se haya actuado en todo momento conforme a la lex artis”*.

### **Octavo**

Por escrito de 23 de octubre de 2017, se confiere trámite de audiencia a los reclamantes, compareciendo, en fecha 30 de ese mes, la primera de ellas, en la Secretaría General Técnica, donde se le facilitó copia de todas las actuaciones, sin que posteriormente formulase alegaciones.

### **Noveno**

Con fecha 13 de febrero de 2018, el Instructor del expediente emitió 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 mismo día, remite, a 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 día 1 de marzo de 2018.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 1 de marzo de 2018, y registrado de entrada en este Consejo el 2 de marzo de 2018, 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 firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 5 de marzo de 2018, 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**

#### **Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo**

A tenor del art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

A estos efectos, el órgano instructor, en el plazo de diez días a contar desde la finalización del trámite de audiencia, remitirá al órgano competente para solicitar el dictamen una Propuesta de resolución, que se ajustará a lo previsto en el art. 91 LPAC'15, o, en su caso, la propuesta de acuerdo por el que se podría terminar convencionalmente el procedimiento.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR), el art. 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, como acabamos de exponer, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros. Por tanto, reclamándose una cuantía de 180.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPAC'15 dispone que aquél deberá 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 de acuerdo con los criterios establecidos en esta Ley.

## 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 32.1 y 2 y 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen jurídico del Sector público, LSP'15) 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**

La reclamación interpuesta funda la existencia de la responsabilidad patrimonial reclamada en las siguientes circunstancias: i) grave falta de información al paciente y sus familiares sobre las alternativas de tratamiento existentes, lo que implica ausencia de consentimiento informado, ii) no agotar las medidas terapéuticas que se hallaban al alcance de los Facultativos que lo atendieron en la sanidad riojana, iii) considerar que ha existido un desistimiento terapéutico del que no se informó a la familia, abandonándose el tratamiento sin plantear otro tratamiento antiviral, no intentando el tratamiento con ECMO hasta que la familia insistió en el traslado del paciente al Hospital de Cruces.

Sin embargo, lo anterior no aparece fundamentado en informe pericial de ningún tipo, sino en las meras manifestaciones de la parte reclamante, realizadas en su escrito de interposición de la reclamación, sobre las que cabe observar lo siguiente:

-Sobre la supuesta falta de información, se realiza la manifestación de manera genérica, sin concretar en qué aspectos concretos la información fue defectuosa o insuficiente. Frente a ello, uno de los Facultativos que atendió al paciente manifiesta que:

*“Durante los 17 días de estancia del paciente en la UMI, se informó a los familiares en el periodo de información diaria a las 14 horas. Se informó, tanto de la evolución clínica, como de los cambios diagnósticos, pronósticos y terapéuticos e, igualmente, se intentaron resolver cuantas dudas fueron planteadas por los familiares. Además y dada la gravedad del estado del paciente, también se ofreció información fuera del horario establecido, tanto por imperativo de la situación clínica, como a petición de la propia familia”.*

-En cuanto a la asistencia prestada, el paciente fue ingresado el 11 de enero de 2016, en el Hospital *San Millán* por fiebre, mialgias y un cuadro catarral de 3 días de evolución, siendo diagnosticado de neumonía bilateral. Un día después, se recibió el resultado positivo para Gripe A, iniciándose el tratamiento correspondiente. A pesar de haberse instaurado el tratamiento acorde a la patología diagnosticada y en las dosis prescritas por

la literatura médica, el paciente no evolucionó favorablemente y, sin que pueda considerarse que la dosis de Tamiflu o la duración del tratamiento fuesen inadecuados. Por lo tanto, desde que el paciente ingresa, se establecen medidas encaminadas, tanto a su diagnóstico como a su tratamiento, sin que pueda imputarse a estas conductas el fallecimiento que, en realidad, se produce como consecuencia de la mala evolución de su patología.

-Tampoco responde a la lógica que se impute algún tipo de retraso en el inicio del tratamiento, cuando el paciente, en el momento del ingreso, llevaba tres días de evolución del cuadro catarral, indicándose, en el informe de la Aseguradora, que el tratamiento con Tamiflu es más efectivo si se inicia dentro de las primeras 48 horas de inicio de los síntomas.

-Se reclama, igualmente, por un retraso en el tratamiento con el ECMO (oxigenación extracorpórea). Sin embargo, los informes a que nos hemos referido en el dictamen señalan que dicha terapia no es curativa *per se*; además y por otra parte, se siguió estrictamente el protocolo. Así lo indican los informes de la Inspección médica, de la Aseguradora del SERIS y del Dr. C.M, debiendo reseñar, además, que el citado tratamiento no figura en la cartera de servicios de la sanidad pública riojana.

Frente a los anteriores informes médicos, las simples manifestaciones del Letrado de las reclamantes, al no estar refrendadas o apoyadas por prueba pericial o, cuando menos, por algún argumento científico de autoridad, no pueden ser tenidas en cuenta para estimar la reclamación presentada.

## CONCLUSION

### Única

Procede desestimar la reclamación por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse 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