

En Logroño, a 29 de marzo 2011, 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. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, 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

27/11

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el *procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a. M. C. G. de G., por los daños y perjuicios consecuencia de la deficiente asistencia por parte del Servicio Riojano de Salud.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito registrado de entrada en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital *San Pedro* con fecha 24 de mayo del 2010, D^a M. C. G. de G. plantea una reclamación de responsabilidad patrimonial fundada, resumidamente, en lo siguiente:

“Ingreso en el Hospital el día 06/02/2010 para que me practiquen un simple legrado, durante la intervención, parece ser que se les complica, (según le explican a mi marido) y me tienen que realizar una histerectomía (...) y me dan el alta. Continúo con mi recuperación y, como a los 15 días comienzo con una fiebre altísima, que casi es imposible de bajar y tengo que volver al Hospital donde me hicieron la intervención para que comprueben qué es lo que pasa y ver de dónde proviene la fiebre.

Después de estar varios días ingresada, hacerme las pruebas pertinentes y conseguir bajarme la fiebre, me cuentan, que el día que me hicieron la histerectomía me habían provocado una fístula véstico-vaginal, dándome como única solución el llevar una sonda, a lo cual yo me niego (...) y me remitieron a los Urólogos, y me la pusieron como única solución, diciéndome que era algo temporal; a lo cual me seguí negando y propuse que me remitieran a otro Hospital (...) y ellos se negaron diciéndome que la única solución era llevar la sonda o hacer cirugía (...), que no se podía hacer por tener la intervención reciente.

Tuve que volver a ir a Urgencias el día 5 de marzo para que me vieran, ya que, aun con la sonda, yo seguía teniendo pérdidas de orina a través de la vagina. Me visitó el Dr. S. y me dijo con mucha seguridad que no había pérdida por la vagina, que la pérdida era a través de la sonda y que era normal.

Llegó el día 10 de marzo y me hicieron la cistografía, pero el Dr. S. no estaba allí; el que me hizo la prueba fue el Dr. I. C. y no me daba ninguna explicación. Yo insistí hasta que logré conseguir que me atendiera y, al preguntarle por mi estado, recibí por su parte un trato nefasto, y unas contestaciones para nada oportunas.

Pedí una cita para que me dieran el resultado de la prueba y me la dieron para el día 30 de marzo. Entonces me tuve que marchar a otro Hospital para ver si podían resolver el problema que me habían causado en el Hospital San Pedro de Logroño, ya que no podía esperar tanto tiempo simplemente para que me dijeran que la fístula no había cerrado y me tuvieran con la sonda.”

Acompaña a su escrito informes, prescripciones y facturas de la C. U. de Pamplona, cuyo importe total asciende a 8.131,12 € que es la indemnización que reclama.

Segundo

Por Resolución del Secretario General Técnico de la Consejería, por delegación del Consejero, de 15 de junio de 2010, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 4 anterior, día en que tuvo entrada la reclamación y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta de fecha 16 de junio, se comunica a la interesada la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Mediante comunicación interna de la misma fecha, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en los Servicios de Ginecología y de Urología a la paciente, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la asistencia que se reclama.

Cuarto

Por escrito de 26 de julio, la Gerencia de Área Única remite la historia clínica junto con informes aportados por los Dres. C. H., S. S., M. B. y P. M..

Quinto

Con fecha 28 de julio, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, 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.

El informe de Inspección, de fecha 13 de octubre, establece las siguientes conclusiones:

“1.- D^a M. C. G. de G. dio su consentimiento para la realización de un legrado.

2.- Durante la realización del legrado, surge una complicación típica del mismo, como es una hemorragia.

3.- En el protocolo quirúrgico y en posteriores informes emitidos por los intervinientes, se describen las medidas que se tomaron para detener la hemorragia.

4.- Dichas medidas no fueron eficaces por lo que se decidió realizar una histerectomía ante la situación de peligro para la vida de la paciente. Esta es una eventualidad también descrita en el consentimiento informado firmado por la reclamante.

5.- No he encontrado ninguna evidencia de que se produjera ninguna actitud incorrecta por parte de los profesionales que atendieron a la reclamante durante el proceso descrito.

6.- Durante los días posteriores al alta, la paciente sufre un cuadro febril por lo que vuelve a ingresar en el Hospital San Pedro. La exploración y sucesivas pruebas diagnósticas muestran la existencia de una fístula vesico-vaginal, por lo que se solicita la opinión del Servicio de Urología quien plantea tratamiento conservador y expectante de inicio con la posibilidad de tratamiento quirúrgico en caso de fallar el primero.

7.- La paciente opta por el tratamiento conservador portando una sonda vesical hasta el día 10 de marzo, momento en que se realiza una cistografía. Se cita a la paciente para el día 30 de marzo para una nueva valoración pero D^a. M. C. G. de G. opta por acudir a un centro privado el día 16 de marzo.

8.- Tampoco he encontrado evidencia de una mala actuación por parte de los profesionales del Servicio Riojano de Salud en este segundo proceso. La formación de fístulas es un riesgo típico de la histerectomía descrito en la literatura científica: por otra parte, entiendo, a la luz de la información disponible en la historia clínica y la aportada por los intervinientes, que la decisión de adoptar una actitud conservadora estaba justificada en este caso. La paciente lo entendió también así puesto que estuvo de acuerdo con el enfoque planteado por el Dr. S.

En consecuencia, no se puede determinar que haya existido una mala praxis médica, estimando que se ha dado a la paciente la prestación médica adecuada con los medios disponibles del sistema sanitario y de acuerdo a la lex artis.”

Sexto

Obra, a continuación, en el expediente, el dictamen médico emitido a instancia de la Aseguradora Z. de fecha 22 de noviembre, que establece las siguientes conclusiones:

“1.- Con el diagnósticos de sospecha de mola hidatiforme, se hizo el tratamiento correcto de la misma, mediante legrado uterino evacuador.

2. *El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico cervical.*
3. *El diagnóstico diferencial del embarazo ectópico cervical, sobre todo en gestaciones de pocas semanas, es difícil, pudiendo confundirse con un aborto incompleto, placenta previa, mioma degenerado, carcinoma de cuello uterino, o mola hidatiforme, como ocurrió en este caso.*
4. *Durante el legrado se produjo una hemorragia incoercible, que no respondió al tratamiento conservador, por lo que hubo que practicar histerectomía.*
5. *El embarazo ectópico cervical puede producir hemorragias graves, de tal forma que más de la mitad de las mujeres con embarazo cervical, requieren una histerectomía para su tratamiento.*
6. *Consideramos que a histerectomía fue inevitable, ante el fracaso de los tratamientos conservadores.*
7. *Se produjo una complicación típica de la histerectomía, consiste en la aparición de una fístula vesíco-vaginal.*
8. *Se hizo el diagnóstico correcto de la fístula, y se indicó el tratamiento adecuado de la misma, mediante colocación de sonda vesical permanente.*
9. *La formación de una fístula vesíco-vaginal postquirúrgica no implica una mala praxis, pues son complicaciones típicas de las histerectomías, como se hace constar en el documento de consentimiento informado de la SEGO*
10. *La vejiga es el órgano más frecuentemente lesionado en la cirugía ginecológica.*
11. *La incidencia de las fístulas vesíco-vaginales está entre el 0,5 y el 1,5% de todas las histerectomías.*
12. *Se le explicó a la enferma y a la familia el diagnóstico, y la conducta médica apropiada ante este tipo de lesiones, primero con la sonda vesical (conducta expectante), y, si no se cerrase la fístula, corrección quirúrgica de la misma.*
13. *La enferma decidió acudir a otro Centro (C. N.), para llevar a cabo este tratamiento.*
14. *Tras el estudio de la documentación aportada, no encontramos signos de mala praxis, y consideramos que la actuación médica fue correcta en todo momento.”*

Séptimo

Mediante escrito de 24 de noviembre, se da a la interesada trámite de audiencia y, el siguiente día 1 de diciembre, previa solicitud telefónica alegando dificultad manifiesta para personarse en las dependencias del Servicio de Asesoramiento y Normativa, se le remite copia del expediente, sin que formule alegaciones.

Octavo

Con fecha 23 de Febrero de 2011, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en la que propone “*que se desestime la reclamación que, por responsabilidad patrimonial de esta Administración, formula D^a. M. C. G. de G., por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios*”.

Noveno

El Secretario General Técnico, el día 28 de febrero, 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 el siguiente día 3 de marzo.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 4 de marzo de 2011, registrado de entrada en este Consejo el día 11 de marzo de 2011, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 14 de marzo de 2011, registrado de salida el día 14 de marzo de 2011, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, 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 señalada.

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 dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limitaba la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008.

Al ser la cuantía de la reclamación superior a dicha cifra, nuestro dictamen resulta 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 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 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 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 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 supuesto

La reclamación se plantea en un impreso normalizado del propio Servicio Riojano de Salud, identificado como de *reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración*, al que la interesada acompaña un escrito mecanografiado, por ella suscrito, relatando los hechos.

De este relato fáctico, parece deducirse, más que una reclamación de responsabilidad patrimonial por daños, una queja por lo que considera una deficiente atención, manifestada en el trato recibido que la reclamante califica de nefasto, “*que no se les da ni a los animales*”. Pareciéndole excesivo el lapso entre la práctica el día 10 de marzo de 2010 de la prueba de cistografía y la cita del siguiente día 30, “*se tuvo que buscar la vida y marcharse a otro hospital para ver si podían resolver el problema que le habían causado en el Hospital San Pedro de Logroño*”.

Ahora bien, al cuantificar la indemnización que reclama, lo hace en la suma resultante de las tres facturas de la C.U.N. que acompaña a su escrito, es decir, que pretende el reintegro de los gastos de la asistencia en la citada institución.

Como hemos tenido ocasión de recordar en dictámenes anteriores (cfr. DD. 105/08; 8/09; 37/09; 51/09; 97/09; y 22/10, entre otros), el reintegro de gastos causados por la asistencia sanitaria fuera del Sistema Nacional de Salud, a partir del Real Decreto 63/95, se limita a los supuestos de asistencia urgente, inmediata y de carácter vital, previa comprobación de que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de la sanidad pública y que no constituye una utilización abusiva o desviada de la privada.

Es evidente que, en el caso ahora sometido a dictamen, no concurre el supuesto de urgencia vital, por lo que no queda otra vía, para obtener el resarcimiento de los gastos, que la de la responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento del servicio público sanitario, y así ha venido planteándose en los supuestos de denegación de asistencia o error de diagnóstico, tema respecto del cual la jurisprudencia que menciona la propuesta de resolución ha cuidado de advertir que, en ningún caso, es posible que el reintegro de gastos sirva para justificar el ejercicio por el paciente de un derecho de opción entre la asistencia prestada por la sanidad pública o por la sanidad privada.

Debemos, por tanto, analizar la eventual responsabilidad patrimonial de la Administración a la luz de los parámetros bajo los que, según decíamos al final del Fundamento de Derecho anterior, se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria, es decir, el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*.

A la reclamante se le practicó, el 6 de febrero de 2010, un legrado evacuador, intervención en la que surgió una complicación típica, hemorragias que no respondieron a tratamiento conservador, lo que obligó a practicar una histerectomía, cuyo postoperatorio cursa inicialmente sin incidentes, por lo que es dada de alta. Días después, se inicia un proceso febril por infección, consecuencia de la aparición de una fístula vesico-vaginal que, a su vez, constituye una complicación típica de la histerectomía.

Al folio 30 del expediente, obra el documento de consentimiento informado para la práctica del legrado evacuador suscrito por la interesada, documento que recoge, como

complicaciones más frecuentes, las infecciones con posible evolución febril, y las hemorragias, complicaciones que son las que se presentan en el caso que dictaminamos.

No es, por tanto, de la falta o insuficiencia de la información suministrada a la paciente de donde puede derivar responsabilidad de la Administración sanitaria. Ésta surgirá, en todo caso, de una infracción de la *lex artis ad hoc*, es decir, de una actuación facultativa no ajustada a los criterios de la misma.

La interesada no aporta prueba alguna ni argumenta la existencia de una mala praxis imputable a los Facultativos que intervinieron en la asistencia prestada. Insistimos en que su escrito refleja más bien una queja por el trato, que una denuncia de que la actuación médica no fuera la correcta.

Siendo *de medios y no de resultados* la obligación a cargo de los servicios públicos sanitarios, la producción de un daño, por sí sola, no determinará responsabilidad si, por parte de los servicios sanitarios, se prestó la concreta asistencia que el caso demandaba y se pusieron los medios diagnósticos y tratamiento adecuados, es decir, si la actuación facultativa se ajustó a los criterios de la *lex artis ad hoc*.

De los diversos informes médicos obrantes en el expediente y literatura médica citada en alguno de ellos, sin prueba que los contradiga, se deduce que la actuación de cuantos intervinieron en la asistencia prestada a la reclamante fue la correcta en todo momento, sin que pueda apreciarse indicio alguno de mala praxis.

El proceso de la atención sanitaria recibida por la reclamante, en la medicina pública y privada, e incidencias surgidas es, resumidamente, el siguiente:

-Con el diagnóstico de sospecha de mola hidatiforme, es intervenida el 6 de febrero de 2010 practicándosele un legrado evacuador, durante el cual se produjo una hemorragia incoercible que obligó, al no responder al tratamiento conservador, a practicar una histerectomía.

-El estudio anatomopatológico reveló el diagnóstico de embarazo ectópico cervical.

-Dada de alta el 9 de febrero, con normalidad clínica, ingresa por Urgencias el día 21 siguiente, presentando un cuadro febril de tres días de evolución.

-Se le diagnostica una fístula vésico-vaginal y el Servicio de Urología planea un tratamiento conservador y expectante de inicio (sonda vertical), con la posibilidad de tratamiento quirúrgico en caso de fallar el primero, optando la interesada por el tratamiento conservador.

-El 10 de marzo, se realiza una cistografía y se cita a la paciente para una nueva valoración el siguiente día 30.

-La interesada, sin esperar a la revisión programada, el 16 de marzo acude a consulta en el Departamento de Urología de la C.U.N. y continúa tratamiento en dicho centro, en el que es intervenida el día 9 de abril (fistulorrafia vía vaginal), siendo dada de alta el día 10 en buen estado general.

Que el estudio anatomopatológico, realizado tras el legrado, revelara que lo que se había sospechado pudiera ser una mola idatiforme era, en realidad, un embarazo ectópico cervical, no constituye un error de diagnóstico generador de responsabilidad, dada la dificultad, según doctrina uniforme en la literatura médica, de un diagnóstico diferencial del embarazo ectópico cervical, que puede confundirse con un aborto incompleto, placenta previa, mioma degenerado, carcinoma de cuello uterino o mola hidatiforme, máxime tratándose de un embarazo de pocas semanas. En todo caso, el tratamiento pautado, legrado uterino evacuador, era el correcto.

Durante la práctica del legrado, surge la primera complicación, la hemorragia incoercible que, ante la imposibilidad de ser controlada mediante tratamientos conservadores, obligó a practicar una histerectomía.

La hemorragia, además de estar descrita en el documento de consentimiento informado del legrado evacuador como una de las complicaciones más frecuentes, es efecto típico de un embarazo ectópico cervical, hasta el punto de que más de la mitad de las mujeres con embarazo cervical precisan una histerectomía para su tratamiento.

Desgraciadamente, tras el alta, surge una segunda complicación, el proceso febril infeccioso que es diagnosticado acertadamente; se trata de una fístula vésico-vaginal, que constituye una complicación típica de la histerectomía. En efecto, estas fístulas aparecen entre 0,5 y el 1,5 % de las histerectomías. Según estudios, de 149 fístulas vesicales operadas, un 44 % aparecieron después de operaciones ginecológicas. En los E.E.U.U., el 75% de las fístulas vesico-vaginales observadas son pequeñas fístulas de la cúpula vaginal que aparecen después de una histerectomía.

Apreciada y diagnosticada la fístula, se juzga correcta la decisión del Servicio de Urología del Hospital *San Pedro* de optar por el tratamiento conservador, mantener la vejiga en reposo mediante sonda vesical permanente, ya que, de este modo, pueden cicatrizar pequeñas lesiones de la vejiga y cerrar espontáneamente alguna fístulas, sobre todo si son de pequeño tamaño, como ocurría en el presente caso. Está reconocida la posibilidad de que, entre un 15 y un 20% de las fístulas vesico-vaginales, se curen espontáneamente con un drenaje vesical prolongado (4 a 6 semanas).

En definitiva, a la interesada se le ofreció el tratamiento correcto de la fístula, primero con la colocación de una sonda vesical permanente y, posteriormente, si este procedimiento no daba resultado, hacer una reparación quirúrgica diferida de la fístula.

Es comprensible la impaciencia de la paciente al tener que soportar las molestias de una sonda permanente y que, realizada una prueba el 10 de marzo, se le da cita el día 30. Sin embargo, en la C.U.N. los plazos vienen a ser parecidos, pues acude a consulta el 16 de marzo, se le practican pruebas el día inmediato siguiente y no es intervenida hasta el 9 de abril.

Presumiblemente, en la medicina pública la intervención podía haberse programado incluso antes, al comprobar en la cita del 30 de marzo, que el tratamiento conservador de la fístula no había dado resultado.

Hemos de concluir, por tanto, que no ha existido error de diagnóstico ni denegación de asistencia, sin que existan tampoco indicios de una mala praxis médica, siendo totalmente ajustada a la *lex artis ad hoc* la asistencia prestada y el tratamiento propuesto por los servicios médicos oficiales.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación formulada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios riojanos, ni darse los presupuestos que justifican el reintegro de gastos médicos.

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