

En Logroño, a 18 de diciembre de 2019, 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. Pedro Prusén de Blas y D^a Amelia Pascual Medrano, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero

DICTAMEN

121/19

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^a D.L.M. en nombre propio por los daños y perjuicios que entiende causados por diagnóstico tardío de una degeneración macular asociada a la edad (DMAE) seca, con secuela de gran invalidez por pérdida de visión en ambos ojos; y que valora en 300.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. Mediante escrito de 28 de febrero de 2019, presentado en la Gerencia del Servicio Riojano de Salud (SERIS), que tuvo entrada el mismo día en el Registro de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja (en lo sucesivo, Consejería actuante), la expresada paciente formuló la referida reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial de la Administración pública, que se fundamenta en los siguientes hechos, que ordenamos cronológicamente:

-El 07/0/2017, la reclamante, de 52 años en la fecha de los hechos, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro (en lo sucesivo, HSP), por presentar "visión borrosa en ojo izquierdo y metamorfopsias". Tras exploración, se le recomienda acudir al día siguiente a (Consultas externas, en lo sucesivo CEX, del Servicio de) Oftalmología.

*-El 08/08/2017, acude a (CEX, del Servicio de) Oftalmología, donde se reseñan antecedentes oftalmológicos de miopía magna y se le diagnostica **degeneración macular asociada a la edad, seca en ambos ojos** (en lo sucesivo **DMAE seca AO**). Se le recomienda revisión en dos meses y se le*

pauta tratamiento de lágrimas artificiales, incluso con lentes de contacto; se recogen antecedentes familiares de padre con miopía magna y madre con DMAE húmeda.

-El 30/08/2017, acude, (al Servicio de) Urgencias, de nuevo, donde es explorada por (el Servicio de) Oftalmología y le es realizada una angiografía.

-El 05/10/2017, se solicita la realización de (una resonancia magnética nuclear, en lo sucesivo RMN), por pérdida rápida de visión no justificada por exploración oftalmológica. Ese mismo día, el Servicio de Neurofisiología solicita una Exploración de Potenciales Evocados y un Electrorretinograma por sospecha diagnóstica de maculopatía. Ambas pruebas son realizadas el 16/10/17.

*-El 06/10/2017, desde el Centro de Salud de Villamediana de Iregua es derivada al HSP por rápido empeoramiento desde su visita una semana antes (¿30/08?) y se realiza un diagnóstico de presunción: **maculopatía miopía magna**; visión borrosa en ambos ojos, acompañada de cefalea temporal. La exploración demuestra una atrofia macular AO. Ese mismo día, por tanto, acude (al Servicio de) Urgencias del HSP, donde le diagnostican síntomas de mácula o DMAE en el ojo derecho (OD), sin recibir ningún tratamiento.*

-El 17/10/2017, se emite el informe del Servicio de Neurofisiología solicitado el 05/10.

-El 19/10/2011, se emite el informe (del Servicio) de Radiología solicitado tras exploración de la paciente el 17/10.

-El 19/10/2017, desde (el Servicio de) Oftalmología se solicita valoración (por parte del Servicio) de Neurología, por "paciente con pérdida de visión en ambos ojos sin encontrar patología macular que lo justifique".

-El 20/10/2017, (se realiza la) analítica específica solicitada desde (el Servicio de) Oftalmología.

-El 27/10/2017 (es la fecha de la) cita en CEX (del Servicio) de Neurología.

-El 30/10/2017 (es la fecha de la) cita en CEX (del Servicio) Oftalmología. En el informe se diagnostica: i) hipercorrección miopía; atrofia macular, avisando de lesión macular, y ii) defectos maculares intensos que justifican metamorfopsia y AV.

-El 23/11/2017, (es la fecha de la) cita en CEX (del Servicio) de Enfermedades Infecciosas.

-El 27/11/2017 (es la fecha de la) cita en CEX (del Servicio de Oftalmología para) Graduación de la vista.

-El 15/12/2017, acude a Clínica Instituto Oftalmológico F.V, para consulta y realización de pruebas. Considera que no se ha llevado acabo tratamiento alguno.

-El 01/02/2018 (es la fecha del informe del Servicio de) Oftalmología (que) le diagnostica: atrofia macular. Ese mismo día, acude a valoración de la ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), reconociéndole la invalidez visual y resolviendo su ingreso en la (referida) Organización de forma permanente.

-El 08/03/2018 (es la fecha del informe del Servicio) de Oftalmología, en el que se le diagnostica de atrofia macular.

-El 04/04/2018 (es la fecha de la) Resolución de la Dirección provincial del INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social), reconociéndole una gran invalidez por atrofia macular en ambos ojos.

2. En suma la reclamante termina alegando que:

"La patología que presentaba al asistir por primera vez al hospital (HSP) era una degeneración macular que no fue tratada como se debiera con antiangiogénicos con el fin de evitar la pérdida visual en ambos ojos. Además, dada la naturaleza de la enfermedad tendría que haber sido atendida por (el Servicio de) Oftalmología, el mismo día que acudió (al Servicio de) Urgencias y no 24 horas más tarde en consulta (CEX). Todo ello produjo un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la patología oftalmológica que sufría, y ello a pesar de los antecedentes familiares y personales que tenía".

3. La reclamante acompaña estudios e informes médicos, y solicita una indemnización total que asciende a 300.000 euros, designando para recibir notificaciones el despacho de la Letrado cuya identidad consta en el expediente.

Segundo

Mediante Resolución de 1 de marzo de 2019, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día inmediato anterior y se nombra Instructor del procedimiento.

Tercero

Por carta del mismo día, se comunica a la persona interesada, en el despacho de su Letrada, la iniciación del procedimiento, informándole de los extremos exigidos por los artículos 24.1.2º y 91.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15).

Mediante comunicación de ese mismo día, el Instructor se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-HSP solicitando que se le remitan cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el HSP de Logroño, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la existencia prestada y situación actual de la persona reclamante.

Cuarto

Mediante escrito de 6 de mayo de 2019, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa la historia clínica y los informes aportados por los Dres. E.M.R.A, J.J.C.G, R.P.P.A. y M.E.F.M.

Quinto

Por escrito de 7 de mayo de 2019, el Instructor se dirige a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia dándole traslado de copia del expediente a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Sexto

Obra seguidamente en el expediente el **informe médico-pericial de la Consultora P**, para la Compañía Aseguradora del SERIS, de fecha 14 de julio de 2019, que establece las siguientes **conclusiones generales**:

*“En el caso que nos ocupa, el paciente es diagnosticado y seguido de manera óptima. No ha recibido tratamiento porque la **degeneración macular asociada a la edad (DMAE) seca o atrófica**, que es la enfermedad que sufre la paciente, no tiene tratamiento. Además, dada la evolución de su patología macular que ha experimentado la paciente, no sólo el seguimiento oftalmológico ha sido óptimo, sino que ha sido valorada mediante pruebas de imagen, pruebas neurofisiológicas, exámenes de laboratorio e interconsultas a (los Servicios de) Neurología (y de Enfermedades) Infecciosas, habiéndole realizado un estudio completo y exhaustivo, hasta poder justificar, de manera certera, que la pérdida de visión se debía, única y exclusivamente, a la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) seca o atrófica que presentaba.*

El referido informe de P. termina con la siguiente **conclusión final**:

A la paciente, diagnosticada de una degeneración macular asociada a la edad (DMAE) seca o atrófica, no se le ha privado de ninguna oportunidad de tratamiento ya que para la enfermedad que sufre no existe ningún tratamiento validado en el momento actual”.

Séptimo

El **informe de la Inspección médica**, de 21 de agosto de 2019, establece, en base a los hechos reflejados, historia clínica y a los datos obtenidos de la bibliografía consultada, las siguientes **conclusiones**:

“1ª. En cuanto a la atención médica recibida a través del SERIS, no se han detectado irregularidades, demoras o faltas de atención y/o tratamiento. La paciente acude por primera vez al HSP por la causa que nos ocupa el 07/08/17 a las 22,13 min. (con diagnóstico previo de sospecha en Centro privado de DMAE) y tras una primera valoración que encauza diagnóstico, se considera necesario completar estudio para llegar a diagnóstico de certeza. A pesar de no tratarse de una urgencia (el cuadro llevaba una semana de evolución) y no constituir un riesgo vital, 5 horas después de dicha valoración tiene consulta con oftalmología para completar estudio. Por otra parte cuando se advierte que la evolución negativa es muy rápida, y aunque posible, poco frecuente en este tipo de procesos; de forma urgente y preferente, se llevan a cabo las interconsultas con otras Especialidades y las exploraciones complementarias oportunas para descartar otras posibles etiologías.

2ª. En cuanto al diagnóstico, desde el inicio, tras los estudios realizados se considera que se trata de DMAE seca bilateral, aunque con diferentes grados de afectación en OI u OD, según el momento evolutivo, pero la patología de base afecta a ambos ojos. No se han encontrado incongruencias entre el diagnóstico del SERIS y los recogidos en los informes de Especialistas privados. Quizá la terminología empleada difiera, pero el proceso patológico es el mismo.

3ª. En cuanto al tratamiento, en toda la bibliografía consultada se recoge de manera expresa que la DMAE "seca", no tiene tratamiento efectivo en este momento. El tratamiento con las inyecciones intravitreas de antiangiogénicos que frenan el crecimiento vascular, sólo está indicado en las patologías con neoformación vascular, DMAE "húmeda" (como, al parecer, era el caso de su madre), pero, a pesar de las numerosas y específicas pruebas realizadas (angiografía, tomografía de coherencia óptica -OCT- ...) en ningún momento se encontró lesiones hemorrágicas o exudado, neoformación vascular, luego no procedía el tratamiento.

4ª. Por todo lo expuesto, no puede aplicarse en este caso la **doctrina de la pérdida de oportunidad terapéutica**, no hay omisión en el diagnóstico, que es certero desde el inicio, no hay demora en las actuaciones y no se ha privado a la paciente de tratamiento porque este no existe. El daño moral presente será consecuencia lógica de la gravedad de las manifestaciones de su enfermedad, sin relación causal con las actuaciones médicas.

(5ª.) Por lo expuesto, **no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta y que no se haya actuado conforme a la lex artis**”.

Octavo

Mediante escrito dirigido a la Letrada de la interesada, de 22 de agosto de 2019, notificado el siguiente día 26, el Instructor da trámite de audiencia, presentándose alegaciones el siguiente 12 de septiembre insistiendo en la pretensión inicial.

Noveno

Con fecha 27 de septiembre de 2019, 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 de la Consejería actuante, el día 27 de septiembre, remitió, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe fue emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 22 de octubre de 2019.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 30 de octubre de 2019, registrado de entrada en este Consejo el siguiente día 4 de noviembre, 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

Mediante escrito de fecha 5 de noviembre de 2019, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo, 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

1. En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 300.000 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, en relación con:

i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley riojana 7/2011; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo 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 LPAC'15, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector Público (LSP'16), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65,67,81, 91.2 LPAC'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 (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

2. 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.

3. 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

1. No denunciándose falta de información (consentimiento informado), habremos de analizar la posible existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria a la luz del primero de esos parámetros, es decir, si ha existido o no un funcionamiento anormal contrario a la *lex artis ad hoc*.

2. A juicio de la reclamante (según expone en el escrito inicial del procedimiento), la infracción a la *lex artis* se produce en la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del HSP el 7 de agosto de 2017, por entender (opinión ésta que reitera en las alegaciones efectuadas en el trámite de audiencia), que debía de haber sido atendida por el Servicio de

Oftalmología ese mismo día, “y no 24 horas más tarde en consulta”. Ello produjo, a su entender, un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de la patología que sufría, con la desgraciada secuela de la pérdida de visión en ambos ojos. Se denuncia, pues, la pérdida de oportunidad de un tratamiento adecuado que hubiera evitado dicha pérdida de visión.

3. Hemos de significar, en primer lugar, que se parte de una versión parcial de los hechos que es suficiente, por ello mismo, para privar de fundamento sólido a la reclamación planteada.

En efecto, según la documentación obrante en la historia clínica de la paciente (que ella misma aporta), ingresó en el Servicio de Urgencias del HSP el 7 de agosto de 2017, a las 22:13 horas, al que acude por recomendación de su Óptico. Se conocen sus antecedentes de DMAE y, previa consulta con el Médico adjunto de guardia, se decide efectuar una interconsulta con el Servicio de Oftalmología, el cual recomienda acudir, *a las 8:30 de hoy* (el alta en el Servicio de Urgencias se produjo a las 3:33 horas del día 8 de agosto) a la CEX núm. 24, del Servicio de Oftalmología, previa una instilación de tropicamida 30 minutos antes.

La paciente fue examinada, a la hora de la cita, en la CEX del Servicio de Oftalmología, cuyo informe recoge que las molestias y síntomas que motivaron acudir la víspera al Servicio de Urgencias tienen una semana de evolución. Se le diagnostica **DMAE seca AO**, diagnóstico que era acertado, y se le pauta tratamiento.

No existe, por tanto, como da a entender el escrito de reclamación, un retraso de 24 horas en ser atendida la paciente por el Servicio correspondiente; sino, en todo caso, de aproximadamente cinco horas; retraso que, por otra parte, justifica, más que sobradamente, el responsable de dicho Servicio, el cual, en el informe que emite a solicitud del Instructor del expediente de responsabilidad patrimonial, expone que, avisado, a las 3:00 horas del 8 de agosto de 2017, “*tras la valoración en (el Servicio de) Urgencias e imposibilidad de completar estudio a esas horas de la madrugada, por no estar disponibilidad de aparataje ni encontrarse abierto el edificio de CEX y ante la no necesidad e imposibilidad de tratamiento urgente, se cita a la paciente a la mañana siguiente*”. En el mismo informe, se destaca que, a día de hoy, no existe terapia efectiva para la patología acertadamente diagnosticada: **Degeneración macular seca**.

4. En consecuencia, los hechos así relatados ponen de relieve que, lejos de existir retraso en el diagnóstico y subsiguiente pérdida de oportunidad terapéutica, la reclamante fue atendida con toda rapidez y diagnosticada acertadamente. Pero, independientemente, al no existir tratamiento de la patología que padecía, tal retraso carecería de eficacia causal respecto del daño cuya reparación se interesa.

5. Recordemos que, en principio, es la reclamante a quien corresponde acreditar la concurrencia de una mala praxis como causa del daño indemnizable producido. Y, en el presente caso, la interesada no aporta prueba alguna, limitándose, sobre una relación parcial y sesgada de la atención que se denuncia como incorrecta, a exponer afirmaciones, puramente subjetivas, sobre una actuación incorrecta y perjudicial que puso en riesgo o impidió una posible terapia que evitara la pérdida de visión.

6. Frente a esa ausencia total de actividad probatoria, todos los informes y dictámenes obrantes en el expediente coinciden en calificar de correctos el diagnóstico, tratamiento y atención prestados a la reclamante por los Servicios públicos sanitarios riojanos.

Además de los ya comentados, tanto el informe de la Inspección médica como el informe de la Consultora médica P. son categóricos.

En este último, se recoge cómo en la atención prestada en el Servicio de Urgencias del 7 de agosto de 2017, tras el alta y tan sólo unas horas después, se le realiza una exploración oftalmológica completa con pruebas complementarias no invasivas y se le diagnostica con acierto; y, dada la evolución de su patología macular, no sólo el seguimiento oftalmológico ha sido óptimo, sino que ha sido valorada mediante pruebas de imagen, pruebas neurofisiológicas, exámenes de laboratorio e interconsultas a los Servicios de Neurología y de Enfermedades Infecciosas, hasta poder justificar, de manera certera, que la pérdida de visión se debió, única y exclusivamente, a la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) seca o atrófica que presentaba. Concluye el dictamen comentado que *“no se le ha privado de ninguna oportunidad de tratamiento y que para la enfermedad que sufre no existe ningún tratamiento validado en el momento actual”*.

7. En similar sentido se pronuncia el informe de la Inspección médica, entre cuyas conclusiones destacamos la de que no puede aplicarse, en este caso, la *doctrina de la pérdida de oportunidad terapéutica*, pues no hay omisión en el diagnóstico, que es certero desde el inicio, no hay demora en las actuaciones y no se ha privado a la paciente de tratamiento porque éste no existe. El daño, que existe, es consecuencia lógica de la gravedad de las manifestaciones de su enfermedad, sin relación causal con las actuaciones médicas.

8. Nos remitimos a estos informes y a los demás que obran en el expediente frente a cuyo contenido, insistimos, no se ha aportado prueba alguna que permita afirmar que haya sido incorrecta la actuación de los profesionales intervinientes o que no se hayan respetado, por tanto, las exigencias derivadas de la *lex artis*. Por el contrario, de los mismos resulta que la actividad sanitaria fue, en todo momento, correcta y ajustada a una correcta praxis médico-asistencial

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación al no haberse acreditado la concurrencia de criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria y haberse ajustado la actuación de sus profesionales 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