



En Logroño, el 3 de septiembre de 2025, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de las Consejeras, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D.^a M.^a Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

57/25

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Responsabilidad patrimonial sanitaria, formulada por los daños y perjuicios derivados de la intervención de fractura oblicua de maléolo peroneal izquierdo, y asistencia posterior, efectuada por el Servicio Riojano de Salud, y que valora en 100.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

La Consejería de Salud y Políticas Sociales del Gobierno de La Rioja ha tramitado un procedimiento de responsabilidad patrimonial del que resultan los siguientes antecedentes de interés.

Primero

1. Mediante escrito fechado el 30 de octubre de 2024 y sellado de entrada de Registro electrónico del Gobierno de La Rioja, el 5 de noviembre de 2024, el reclamante, representado por Letrado expuso que:

“El señor [...] sufrió un traumatismo al producirse una caída accidental el pasado 22.4.2023, acudió a las Urgencias del Hospital San Pedro de la ciudad de Logroño y fue diagnosticado de una fractura oblicua del maléolo peroneal izquierdo. De dicha lesión fue intervenido el 24.4.2023 con la colocación de placa Paragon y nueve orificios dándole de alta de la cirugía al día siguiente de la misma, el 25.4.2023.

El día 12 de mayo de 2023, el señor [...] acudió a revisión de la cirugía, en consultas externas, indicándole el médico que le atendió que no era necesario continuar con la heparina y le retiró la cedula puesta tras la intervención. Es necesario indicar que en el informe de alta le pautan la heparina



30 días y es retirada únicamente 18 días después. El señor [...], al confiar en los profesionales del Servicio Riojano de Salud, siguió expresamente las indicaciones del doctor en la revisión de la cirugía.

El 29 de mayo de 2023, acudió el Señor [...] a consulta de rehabilitación, visualizando un empeoramiento en la zona de la intervención, al haber enrojecimiento, dolor, además de una inflamación evidente. El hoy reclamante estuvo padeciendo dolor, que iba en aumento, por lo que el 3 de junio de 2023, tuvo que acudir a las Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, acudió con dolor en la zona de la intervención, pero sobre todo con dolor costal y dificultad para respirar. Se le diagnosticó de un cólico y le dieron el alta al señor [...], indicándoles este que era una persona deportista, que jamás había sufrido cólicos de cualquier índole y que bebía todos los días más de dos litros de agua y que bajo su opinión no se trataba de un cólico. Obviamente el Señor [...] no es médico, pero tampoco le hicieron caso a las indicaciones dadas por el mismo, marchándose al domicilio con dolor y dificultad para respirar.

El 6 de junio de 2023, a través de consulta con su médico de cabecera, le comentó lo sucedido en Urgencias, añadiéndole que había tenido un esputo con sangre por la boca, que tenía ventilación al respirar, dolor al respirar, dolor costal y en el hombro derecho. La respuesta fue: «igual son gases».

El 8 de junio de 2023, con un dolor incapacitante y agudo acudió de nuevo a Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, diagnosticándole, ahora sí, el trombo por el cual tuvo que estar hospitalizado hasta el 13 de junio de 2023.

Posteriormente en enero del presente año 2024, en la zona intervenida en abril del pasado año, comenzó un dolor, cada vez más intenso que derivó en no poder apoyar el pie izquierdo. El hoy perjudicado, acudió a Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño y tras las pruebas realizadas se solicitó la retirada del material de osteosíntesis de la que fue intervenido el 30 de abril de 2024.

Tras la cirugía, del 30 de abril de 2024, realizada en el Hospital San Pedro de Logroño, D. [...] tiene un pie incapacitante, rigidez, limitación funcional, con dolor tipo eléctrico, dolor nervioso, entumecimiento, con presión constante, dolor plantar al deambular y sobre todo un dolor en aumento”.

2. En cuanto a las consecuencias que, a su juicio, se derivan de la asistencia que fue prestada, la reclamante entiende en su escrito, que:

“Es clara y evidente las dos malas praxis médicas, no habiéndose realizado un correcto diagnóstico con el trombo que sufrió ni una correcta intervención sobre la retira de la placa y los tornillos el 30 de abril de 2024, consecuencia de ello, se produce una mala evolución, con posterior afectación a su miembro inferior izquierdo, quedando secuelas permanentes e invalidantes para el paciente”.

3. Respecto a la indemnización por el anormal funcionamiento del Servicio Riojano de Salud, el reclamante expresa en su escrito lo siguiente:

“Cuantificación de la reclamación. Para determinar dicho extremo se está realizando un informe médico pericial, no pudiendo aportarlo en estos momentos, pero sabiendo que supera los 100.000 euros la reclamación del perjuicio y las secuelas soportadas. En el momento procesal oportuno se adjuntará informe médico pericial, del que se está realizando en este momento, matizando la reclamación económica si es debido en su caso.



Añade que respecto a la cantidad reclamada. Entiende el suscribiente que ha existido responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, y reclama en concepto de indemnización la cantidad total de 100.000 euros, matizables en caso de ser necesario tras aportar el Informe Médico Pericial”.

4. A su reclamación la interesada no acompañó documentación alguna.

Segundo

El 6 de noviembre de 2024, la Secretaría General Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

1. Mediante escrito de 6 de noviembre de 2024, el Sr. Instructor del expediente comunica al reclamante el nombramiento y diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial. Consta acuse de recibo de fecha 21/11/2024.

2. Ese mismo día, requirió a la Dirección del Área de Salud del Hospital de San Pedro (HSP), cuantos antecedentes y datos existieran relativos a la atención prestada al paciente, su historia clínica -relativa *exclusivamente* a la asistencia objeto de la reclamación-, y los informes de los facultativos intervinientes sobre la asistencia dispensada, y en general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión del reclamante.

Cuarto

Con fecha 27 de mayo de 2024 se remite por la citada Área de Salud del HSP, la siguiente documentación que obra en el expediente:

Copia de la historia clínica a la que se le incorporan los informes que a continuación se resumen:

i) Informe, del Dr. del Servicio de Traumatología del Hospital San Pedro de Logroño (HSP), de fecha, 20/11/2024, que expresa lo siguiente:

“El paciente fue intervenido de manera urgente por una fractura de tobillo izquierdo mediante una osteosíntesis el día 24 de Abril de 2023 (Doctores [...]).

Posteriormente y tras un postoperatorio normal y satisfactorio es dado de alta de nuestro servicio por el Dr. [...] el día 25 de Abril de 2023. Se le entrega por escrito un informe de alta donde se aprecian las recomendaciones terapéuticas a seguir, más en concreto:

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:



- Descarga absoluta de la extremidad, NO APOYAR.
- Reposo de la extremidad manteniendo elevada y movilizándolo activamente los dedos.
- Medicación: Paracetamol 1g si dolor: Cada 8 h Omeprazol 20mg cada 24h: Durante 7 días Dextetoprofeno 25mg cada 8h: Durante 7 días Enoxaparina 40ui sc cada 24 h: Durante 30 días.
- Revisión en Consultas Externas de Traumatología con Dr. [...] en 2 semanas.
- Curas periódicas de la herida quirúrgica en su centro de salud, retirar grapas en 15-20 días.
- Si incidencias regresar a urgencias del Hospital San Pedro.

En dicho informe el plan terapéutico con la heparina para evitar la formación de trombosis en base a las recomendaciones actuales es de 30 días.

Posteriormente el paciente es revisado en mi consulta a fecha 12 de Mayo de 2023.

En dicha visita se le retira la férula, se le explican las medidas a seguir y se solicita una consulta preferente al servicio de rehabilitación para mejorar y ayudar en el proceso de recuperación de la fractura. No se realiza ningún cambio de medicación ni se cambian las recomendaciones que ya se le dieron tras el alta médica en nuestro servicio. Así queda por escrito en dicha visita:

2 semanas post -Op Fx tobillo izdo RX: OS correcta.

Retiro férula. Herida correcta, V -N distal OK Explico ejercicios. Apoyo progresivo, pido RHB preferente.

Mi último contacto con D. [...] fue de nuevo en mi consulta el día 21 de Julio de 2023. En dicha visita entró muy alterado y agresivo, utilizando un lenguaje soez y haciéndome temer por mi integridad física, así que tuve que llamar a seguridad. Esto lo han obviado en el escrito que han presentado.

Es por ello que, tras la evidente ruptura de la relación médico-paciente, la empatía y sobre todo el respeto y viendo que clínicamente presentaba una buena evolución, fue dado de alta de mi consulta como se dejó por escrito:

IQx Fx peroné izquierdo Abril 2023. Muy alterado y agresivo desde que entra en la consulta, diciendo que ha tenido una trombosis y acusándome personalmente (en el informe de alta queda claro que tiene que ponérsela en el post-operatorio.)

Dice que él tiene derecho a poner quejas y a decir «lo que le salga de los cojones». Llamo a seguridad.

EF: Herida correcta, BA no dolor. Varo -valgo no dolor.

RX control OK.

Explico. Alta de mi consulta y no volverlo a citar ya que no necesita más revisiones por este motivo. Control MAP.”

ii) Informe de la Dra. del Servicio de Urgencia del HSP de Logroño, de fecha 22/11/2024, que expresa o siguiente:

“El paciente es valorado por el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, en la madrugada del día 3 de junio del 2023.



El paciente accede a mi consulta, tras una previa visualización de buenas cifras tensionales, afebril y demás constantes en rango, dentro de la normalidad, tras una primera toma desde triaje de Urgencias.

El paciente refiere como antecedentes personales, no alergias medicamentosas conocidas, no tratamiento habitual por ninguna enfermedad de base, y una rinitis sin diagnóstico claro.

Tras revisión de antecedentes personales, se le hace una anamnesis de su sintomatología por la que ha acudido al servicio de las urgencias en la madrugada.

El paciente solo refiere un dolor intenso tipo cólico en zona lumbar derecha, sin irradiación, de comienzo en la misma madrugada. Refiere sensación nauseosa, sin vómitos.

No refiere fiebre, y no refiere otra sintomatología clínica asociada.

Se procede a una exploración general, con una auscultación cardiaca rítmica y sin soplos, y una auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Presenta un abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, y puño percusión renal bilateral negativa.

Una vez acabada mi anamnesis y exploración física, se procede a la realización de pruebas complementarias y tratamiento provisional durante su estancia en urgencias de su sintomatología.

Se realiza una analítica con bioquímica, hemograma, coagulación y sistemático de orina y se administra analgesia vía intravenosa. Se le solicitan también radiografías de tórax y abdomen.

Posteriormente, debido a la finalización de mi turno durante la madrugada, el paciente pasa a cargo de mi compañera la Dra. [...].

iii) Informe de la Dra. del Servicio de Urgencias del HSP, de fecha 12/11/2024, que dice lo siguiente:

“El paciente es valorado inicialmente por mi compañera la Dra. [...], quien realiza la primera anamnesis, exploración física inicial, administra medicación analgésica y solicita pruebas complementarias en base a sospecha clínica de cólico renal.

Tras recibir el pase de guardia, procedo a revalorar al paciente. El paciente es un varón de 43 años de edad que acude a Urgencias por comenzar esa misma noche con dolor intenso localizado en zona lumbar derecha, de inicio brusco, sin irradiación. Se acompaña el cuadro de náuseas sin vómitos. Niega clínica miccional, ni disnea ni dolor torácico. Se encuentra afebril.

Como antecedentes personales el paciente no conoce ninguna alergia medicamentosa y comenta rinitis. El 24 de abril de 2023 el paciente es intervenido de osteosíntesis de maléolo externo izquierdo por fractura de maléolo externo. Acude posteriormente a revisión en Traumatología el 12 de mayo de 2023, siéndole retirada la férula, comenzando el apoyo progresivo y con derivación a consultas externas en Rehabilitación el 29 de mayo de 2023.

En la exploración física del paciente encontramos constantes vitales estables, manteniendo correcta saturación (96%), frecuencia cardiaca estable (89 lpm), eupneico en reposo y afebril. En la auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular conservado en todo el campo pulmonar, sin ruidos sobreañadidos, así como tonos rítmicos y sin soplos en la auscultación cardiaca. En la exploración abdominal presenta abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias



y con puñopercusión renal bilateral negativa. En cuanto a las extremidades inferiores, en extremidad inferior izquierda se observa únicamente herida quirúrgica en maléolo externo, sin signos de infección ni de trombosis venosa profunda.

Se visualiza resultado de pruebas complementarias, encontrando en analítica sanguínea función renal conservada, iones bien, lipasa, bilirrubina y hemograma sin alteraciones, con proteína C reactiva en rango de normalidad. En sistemático y sedimento de orina se hallan cristales de uratos amorfos. En radiografías de tórax y abdomen no se encuentran alteraciones reseñables.

Se valora diagnóstico diferencial con otras patologías como trombosis venosa profunda, que se descarta ya que no presenta edema de extremidades inferiores, ni aumento de diámetro de la extremidad ni enrojecimiento. Se descarta también tromboembolismo pulmonar ya que no presenta disnea ni taquicardia, ni hemoptisis, ni cáncer activo y mantiene correcta saturación de oxígeno. Se realizan igualmente escalas de Wells (1,5 puntos) y Ginebra (5 puntos), encontrando en ambas no probabilidad de tromboembolismo pulmonar. Tras ello, ante clínica y exploración física compatibles con cólico renal, junto al hallazgo de uratos amorfos en orina que confirman el diagnóstico de sospecha inicial, no se solicitan más pruebas complementarias adicionales.

Se revalora al paciente tras el cese de la medicación analgésica vía endovenosa, mostrando mejoría clínica y del dolor. Se valoran criterios de gravedad ante cólico renal, no encontrando fiebre, ni parámetros inflamatorios, ni alteración de la función renal, mejoría del dolor tras analgesia, no anuria y paciente no monorreno.

Por ello, ante cólico renal no complicado, se decide alta domiciliaria bajo cobertura analgésica con Diclofenaco y Nolotil orales. Se le comenta al paciente que acuda a su Centro de Salud para ser revalorado por su Médico de Familia posteriormente para ver evolución y ajuste de tratamiento, y se le explican los signos ante los que acudir de nuevo a Urgencias (aparición de fiebre, empeoramiento general, aparición de disnea o dolor torácico, aumento de frecuencia cardíaca o frecuencia respiratoria, cambios en las características del dolor, etc).

El paciente acude a su Centro de Salud para ser revalorado el 6 de junio de 2023, figurando en la nota de su Médico de Familia que el paciente se encuentra mejor, sin fiebre y sin dolor, y manteniendo correcta auscultación pulmonar y cardíaca, junto a saturación de oxígeno conservada de 97%.

El 8 de junio de 2023 acude el paciente de nuevo a Urgencias, dada la aparición de síntomas de alarma explicados al alta de Urgencias el 3 de junio de 2023, ante los cuales se le explicó que debía acudir de nuevo para nueva valoración si se presentasen”.

iv) Informe de la Dra. del Servicio de Neumología del HSP de Logroño, de fecha 25/11/2024, que expresa lo siguiente:

“1.- El 8 de junio de 2023, el paciente, con Historia Clínica nº 98656, ingresa a cargo de Neumología, con diagnóstico de tromboembolia pulmonar segmentaria de lóbulo inferior derecho, en relación a trombosis de vena gemelar izquierda

2.- El paciente es valorado el 8 y 9 de junio de 2023 por la [Dra. 1], el 10 de junio por la [Dra. 2], el 11 de junio por la [Dra. 3], el día 12 de junio por la [Dra. 4] y el 13 de junio por mí, [Dra. 5].



3- El día en que yo atiendo al Paciente, es decir, el 13 de junio de 2023, el paciente ya había comenzado el tratamiento anticoagulante oral con Xarelto tras haberle realizado varias explicaciones por parte de mis compañeras, anteriormente citadas, dado que, en un primer momento, el Paciente te presentó reticencia a la toma de la medicación, por lo que se le explicó, repetidamente y, en concreto, tanto por la [Dra. 3] como la [Dra. 4], sobre la necesidad de continuar tratamiento anticoagulante para evitar nuevos trombos, pero que no se le podía obligar a ello. Finalmente, decide iniciar el tratamiento, que mantuvo posteriormente.

A mi llegada, el paciente se encuentra quejoso, porque refiere que cada día ha sido valorado por un médico diferente y, además, quejoso, también, por haber tenido que venir, en repetidas ocasiones, a Urgencias.

Le explico que el tratamiento de tromboembolia pulmonar es imprescindible y, teniendo en cuenta los antecedentes familiares de hipercoagulabilidad, todavía más. Igualmente, se le explica que el tratamiento del tromboembolismo pulmonar requiere de un tratamiento anticoagulante durante un periodo mínimo de 4 meses y, nuevamente, tras resolver las dudas que plantean, él y los familiares, decide continuar con el Xarelto y es dado de alta el 13 de junio de 2023, dado que se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio, presentando constantes normales y auscultación pulmonar normal, y es derivado a la consulta externa monográfica de tromboembolia pulmonar, donde la [Dra. 6] le hace el seguimiento el 24 de agosto y, posteriormente, el 21 de diciembre.

En agosto se cursa interconsulta a Hematología, donde es valorado y se descarta la existencia de un posible síndrome de anticuerpo antifosfolípido. Posteriormente, el 21 de diciembre, es reevaluado por la [Dra. 6] en la consulta monográfica de Tromboembolia Pulmonar y se decide suspender el tratamiento anticoagulante, insistiendo en que en situaciones de movilidad reducida y viajes superiores a 6 horas o en avión, se aplique Clexane 40 ud. Al día.

Es dado de alta y se remite a control por su Médico de Atención Primaria.

Todos estos datos clínicos, se pueden comprobar y ampliar su información en la historia clínica del paciente”.

v) Informe de la Dra. del Servicio de Urgencias del HSP de Logroño, de 25/11/2024, donde expresa:

“Con fecha 08/06/24 como facultativo del Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, presté atención médica al paciente.

Remitiéndome a mi informe médico, apartado «Enfermedad actual» el paciente acudía por segunda ocasión refiriendo: «Ligeras molestias que señala en zona lumbar baja derecha que no tiene relación clara con la movilización y molestias en región flanco derecho/ fosa iliaca derecha. Además, refiere burbujeo en región dorsal-lumbar derecha; más estando tumbado. Refiere también que nota más el burbujeo y las molestias con comidas copiosas. Ligeras sensación de disnea (falta de aire) con la inspiración profunda y más dolor en la zona costal derecha».

Siguiendo el apartado Enfermedad actual de mi informe médico el paciente no refería vómitos, fiebre ni clínica urinaria. Sí que refiere el citado paciente abundante meteorismo (distensión abdominal por la acumulación de gas en intestino).



Como hago referencia en mi informe médico el paciente previamente había sido orientado como dolor de tipo cólico estando en tratamiento analgésico.

En la segunda consulta en urgencias, durante mi atención médica, como se puede constatar en el informe y en apartado «Exploración física», el paciente mantiene cifras normales de presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, presentado por tanto estabilidad hemodinámica en todo momento.

Dado que la sintomatología y el cuadro clínico no se habían resuelto en su totalidad (motivo por el cual el paciente acude por segunda ocasión al servicio de Urgencias), durante mi valoración planteo otras posibilidades diagnósticas; entre ellas la patología trombótica, y ante dolor costal con ciertas características pleuríticas y leve sensación de disnea que refería el paciente, a pesar de una saturación de oxígeno normal y resto de pruebas complementarias sin alteraciones relevantes, así como molestias abdominales y dorsales a la palpación, solicito además Dímero D dentro de los parámetros analíticos. Como se hace referencia en mi informe médico el resultado de dicho marcador está aumentado respecto a los límites de referencia según laboratorio 521.ug/L (0.0-230).

Dada esta alteración analítica y teniendo en cuenta el antecedente reciente de fractura de tobillo del paciente, completo estudio de urgencia con angioTC de arterias pulmonares con diagnóstico final: Tromboembolismo pulmonar de baja carga con pequeño infarto en lóbulo inferior derecho pulmonar.

En ese momento, con el diagnóstico del paciente solicito como figura en informe valoración por el servicio de Neumología para tramitar ingreso hospitalario a su cargo y continuar así con el tratamiento y estudio del paciente.

CONSIDERACIONES:

Si bien es cierto que el paciente en su segunda atención en el Servicio de Urgencias se encuentra con constantes estables, buen estado general y pruebas complementarias de inicio dentro de la normalidad; el hecho de precisar una segunda atención en Urgencias y con sintomatología que no se ha resuelto por completo, obliga a ampliar el abanico de posibilidades diagnósticas valorando la solicitud de otras pruebas complementarias necesarias en este caso para el diagnóstico del paciente”.

vi) Informe de la Dra. del Servicio de Traumatología del HSP de Logroño, de 20/11/24, que relaciona lo siguiente:

“Paciente varón de 44 años que se incluye en lista de espera para retirada de material de osteosíntesis el 31/01/24, colocada por fractura de peroné el 24/04/23. Se indica tal cirugía, como refiere en la reclamación del paciente, por «dolor cada vez más intenso que derivó en no poder apoyar el pie izquierdo». Es intervenido el 30/04/24 realizándose retirada de material de osteosíntesis de placa peroné tobillo izquierdo según técnica habitual, siguiendo incisión previa y sin incidencias durante el procedimiento.

Explica que tras quitarle la placa nota dolor en dedo gordo al quitarse la venda. Valorado por Dr. [...] por privado. Refiere atrapamiento peroneo superficial diagnosticado por ecografía.

Exploración física: Cicatriz correcta. Tinnel + sobre cicatriz nivel proximal: Movilidad distal conservada.



Informe ecografía: En la exploración realizada se observa un atrapamiento del nervio peroneal superficial en la cara lateral del tercio distal de la pierna izquierda. Coincide con la parte superior de la cicatriz que presenta el paciente en dicha área. Un centímetro craneal a esta zona se observa otra área de atrapamiento que también está en relación con la incisión quirúrgica realizada en dicha zona. No existe solución de continuidad completa del nervio. Marcado engrosamiento post traumático del ligamento peroneo anterior.

EMG Septiembre'24: Ausencia de respuesta en la conducción nerviosa del nervio peroneal superficial izquierdo. El estudio de conducción motora (peroneal profundo izquierdo) se encuentra dentro de límites normales. Estudio EMG con aguja del músculo tibial anterior izquierdo no muestra hallazgos significativos.

Se pautó pregabalina no siendo efectiva. Se propone nueva cirugía de revisión para liberación del nervio peroneal superficial pero el paciente quiere una prueba de imagen antes.

Se solicita RMN de la que está pendiente de realización, para decisión de actitud terapéutica. Se deriva al paciente a unidad de dolor para tratamiento sintomático mediante parches de capsicina.

Se adjuntan 2 artículos científicos que documentan la incidencia de lesiones del nervio peroneal superficial tras fractura de peroné y tras el tratamiento quirúrgico de la misma”.

vii) Informe del Dr. del Servicio de Rehabilitación del HSP, de fecha 15/11/2024, que expresa lo siguiente:

“En relación con su solicitud de información sobre la reclamación de [...], me remito a la historia clínica, reseñándole los siguientes puntos por si son de interés para el caso.

Cuando acudió a mi consulta, el 29 de mayo de 2023, a las 5 semanas de la intervención:

Reseñar que según manifestó el paciente, había acudido a «otros profesionales» antes de la visita, su preferencia por ellos y que venía apoyando con un bastón. Esta es una cuestión clave, que no veo relatada en la reclamación, y en posible relación con el origen de su TEP, junto con sus antecedentes personales.

Visita bronca, con total falta de confianza (y respeto) por parte del paciente. Este hecho desvirtúa y dificulta el proceder habitual. La principal preocupación fue que tenía los huesos del tobillo movidos.

Le expliqué que los huesos estaban «bien colocados» en la exploración y radiografía, tema central para el paciente, hecho que no admitía.

En la exploración, su clínica era de probable celulitis, que tampoco aceptó, según sus palabras porque en la cura le habían dicho que estaba bien, por lo que indiqué consultarlo con su médico, con la finalidad de que aceptara algún seguimiento o tratamiento de dicha celulitis.

Le aconsejé una media por el edema y el resto del tratamiento que figura en su historia. No mencioné ningún signo de patología vascular porque no lo había.

El paciente no informó del TEP antes de iniciar el tratamiento rehabilitador el 6 de julio (el sistema informático no nos da tampoco dicha posibilidad) y se me solicitó adelantar la revisión para su alta el 24 de agosto.

Quedo a su disposición por si precisan cualquier otra aclaración pericial”.

Quinto

Con fecha 9 de noviembre de 2024, el Instructor remite escrito a la Dirección General de prestaciones y Farmacia, para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre los aspectos esenciales de la reclamación para facilitar la propuesta de resolución sobre la misma.

Sexto

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la aseguradora del SERIS, emitido el 04/02/20253 por *CRITERIA* y, en particular, por el Dr. especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, que, tras un detallado examen de la asistencia dispensada al paciente establece las siguientes conclusiones:

“1. Se reclama porque se considera que ha existido una mala atención sanitaria por retirada de precoz de medicación pautada, retraso diagnóstico y complicación tras cirugía de tobillo izquierdo.

2. El paciente fue intervenido de una fractura de tobillo izquierdo el día 24 de abril de 2023, 2 días después de la lesión, mediante osteosíntesis.

3. El paciente refiere que se le indicó retirada de tromboprofilaxis con heparina de bajo peso molecular a los 18 días de la intervención, lo cual no está reflejado en ningún informe y, en cambio, sí refleja el informe de alta la pertinencia de mantener durante 30 días dicho tratamiento.

4. Acudió en 2 ocasiones (3 y 8 de junio de 2023) al servicio de Urgencias por dolor lumbar derecho, con síntomas no orientados a patología respiratoria, con mejoría tras tratamiento en la primera atención, y con un estudio más completo en la segunda atención, siendo diagnosticado y tratado de forma correcta de un tromboembolismo pulmonar de baja carga.

5. Por otra parte, meses después de la cirugía inicial, refiere dolor en tobillo intervenido, por lo que se recomienda y se realiza la retirada de material de osteosíntesis por si fuera motivo del mismo. Tras esta cirugía, existe una probable lesión de un nervio (por atrapamiento u otra causa), lo cual está descrito en los documentos de consentimiento informado como riesgo inherente a la propia cirugía.

6. Por todo ello, tras el análisis de la documentación clínica y las consideraciones médicas respecto a los problemas reclamados, no objetivo datos de mala praxis en la atención de este paciente”.

Séptimo

Consta después en el expediente el informe de la Inspección médica, de 5 de marzo de 2024, quien después de realizar una descripción de los hechos acaecidos, establece las siguientes conclusiones:



- “1. El paciente D. [...] presentó fractura oblicua de maléolo peroneal izquierdo para la que procedió tratamiento quirúrgico mediante osteosíntesis, sin objetivarse incidencias en el procedimiento.*
- 2. Tal y como está indicado, se recomendó al paciente descarga absoluta de la extremidad sin apoyar, manteniéndola elevada, y anticoagulación durante 30 días con enoxaparina. Tras revisar la historia clínica, no queda acreditado que se le suspendiera este tipo de heparina por parte de Traumatología a los 18 días, tal y como se indica en la reclamación.*
- 3. Además, queda registrado que no cumplió correctamente las recomendaciones que se le indicaron en el informe de alta y en las citas de seguimiento de no apoyar la extremidad, hecho que puede haber influido en la evolución.*
- 4. A las 6 semanas de la intervención quirúrgica, a pesar de haber realizado tratamiento profiláctico con heparina y de haber iniciado la movilización de Las extremidades inferiores, fue diagnosticado de un tromboembolismo pulmonar de baja carga.*
- 5. Cinco días antes del diagnóstico fue valorado en Urgencias por dolor lumbar que se relacionó con clínica de cólico. En dicho momento la analítica realizada presentaba elevación del dímero D, parámetro sugestivo, pero no diagnóstico por sí mismo, de enfermedad tromboembólica venosa. Tampoco se apreció la presencia de otros signos o síntomas indicativos de la misma, hechos que pueden justificar que en ese momento no se procediera a su diagnóstico al no existir claras evidencias.*
- 6. Según se recoge en la literatura médica, la manifestación clínica del tromboembolismo pulmonar es variada. Algunos pacientes presentan cuadros leves e inespecíficos, o son asintomáticos. La clínica también puede manifestarse de forma progresiva en el tiempo.*
- 7. El proceso de tromboembolismo pulmonar fue tratado según protocolos, evolucionando de manera satisfactoria. Se realizó el seguimiento oportuno por Neumología y Hematología, identificando factores de riesgo personales de recurrencia para episodios de tromboembolismo, así como indicando profilaxis para los mismos. Se emitió alta del episodio de tromboembolismo pulmonar tras resolución sin secuelas.*
- 8. Aunque se pudiera considerar, tal y como se reclama, una posible demora en el diagnóstico del tromboembolismo de 5 días, justificado por la presentación clínica inespecífica inicial como se ha expuesto previamente, esta demora no ha condicionado ningún tipo de consecuencia. En el momento del diagnóstico no presentaba mayores signos de gravedad y se resolvió sin complicaciones ni secuelas.*
- 9. Ante la persistencia de dolor en la zona de fractura, se procedió a una nueva intervención quirúrgica para la retirada de material de osteosíntesis con el objetivo de eliminar ese dolor; intervención que fue realizada según protocolo y sin incidencias.*
- 10. Tras la misma presenta persistencia del dolor describiéndose en la literatura médica que después de este tipo de intervención la tasa de mejoría de dolor es variable y en algunos casos no resulta efectiva, tal y como ha sucedido en el caso que nos ocupa.*
- 11. Durante todo el proceso clínico se ha informado de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos al paciente, proporcionando el adecuado consentimiento informado por escrito antes de ambas intervenciones quirúrgicas.*



12. Tanto el proceso de tromboflebitis como la lesión nerviosa de la que ha sido diagnosticado tras la última intervención son posibles complicaciones de las intervenciones realizadas que constan recogidas en los consentimientos informados, no pudiendo atribuir las a una mala praxis.

Por lo expuesto, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada a la paciente no haya sido correcta y ajustada a la lex artis”.

Octavo

Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a la reclamante, mediante escrito dirigido a su representante con fecha 06/03/2025 y con acuse de recibo el 13/03/2024.

El reclamante solicitó el traslado de todo lo instruido en el expediente. Con fecha 21/03/2024 confirma su representante carta de recepción de la documentación en su despacho profesional y ruega el envío también por *e-mail*.

No se formalizan alegaciones.

Noveno

En fecha 6 de junio de 2025, se formula la Propuesta de resolución en el sentido que se desestime la reclamación pues *“el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”*.

Décimo

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el mismo día 6 de junio de 2025, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 24 de junio de 2025.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 01/07/2025, registrado de entrada en este Consejo el 03/07/2025, la Consejería de Salud y Políticas Sociales, 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 07/07/2025, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia 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

La reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 100.000 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 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; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPACAP); 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.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPACAP, 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 LPACAP, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), 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

Requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LRJSP y 65, 67, 81, 91.2 LPACAP) 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).

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*”.

Como señala la STS de la STS, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005,



ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º, que: "«...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», *debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*".

Adicionalmente, según ha reiterado este Consejo en buen número de dictámenes, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, de 12 de septiembre, (ECLI:ES:TSJLR: 2008:292), que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

*"En aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 del Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega (ei incumbit probatio qui dicit non qui negat) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (notoria non egent probatione) y los hechos negativos (negativa non sunt probanda). En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras). **En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración**".*

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto



1. En el presente supuesto, el reclamante afirma respecto a las actuaciones derivadas de la intervención quirúrgica (IQ) realizada el 24 de abril de 2023 que existen dos malas praxis médicas:

A) No se realizó un correcto diagnóstico con el trombo que sufrió posterior a la intervención del 24/04/2023.

-Hasta el 8 de junio de 2023 que se le diagnosticó afirma los siguientes errores: i) el día 12/05/2023, se le retiró la heparina y la “*cedula*” (sic, debe entenderse *férula*), a los 18 días, contravinando un informe de alta que le pautaban la heparina 30 días; y, ii) el día 06/06/2023 a un síntoma de dolor a respirar, dolor costal y en el hombro derecho el diagnóstico fue cólico por “*posibles gases*”.

B) La intervención sobre la retirada de la placa y los tornillos del 30/04/2024, no fue correcta.

-Tras la cirugía el paciente tiene “*un pie incapacitante, rigidez, limitación funcional, con dolor tipo eléctrico, dolor nervioso, entumecimiento, con presión constante, dolor plantar deambular y sobre todo en aumento*”.

Concluyendo que, “*es clara y evidente las dos malas praxis médicas y consecuencia de ello se produce una mala evolución, con posterior afectación a su miembro inferior izquierdo, quedando secuelas permanentes e invalidantes para el paciente*”.

2. En los diversos informes presentados por la administración sanitaria encontramos información sobre cada uno de los extremos objeto de la reclamación, respecto a **la asistencia sanitaria recibía por el reclamante** en el Hospital San Pedro de Logroño, que refutan las afirmaciones del reclamante:

A) Respecto a que ha existido una mala atención sanitaria por retirada de precoz de medicación pautada y retraso diagnóstico y complicación tras cirugía de tobillo izquierdo, observamos en los diversos informes que:

“-El paciente fue intervenido de una fractura oblicua de tobillo izquierdo para la que procedió tratamiento quirúrgico el día 24 de abril de 2023, 2 días después de la lesión, mediante osteosíntesis, sin objetivarse incidencias en el procedimiento.

-Tal y como está indicado, se recomendó al paciente descarga absoluta de la extremidad sin apoyar, manteniéndola elevada, y anticoagulación durante 30 días con enoxaparina. Tras revisar la historia clínica, no queda acreditado que se le suspendiera este tipo de heparina por parte de Traumatología a los 18 días, tal y como se indica en la reclamación.



-Además, queda registrado que no cumplió correctamente las recomendaciones que se le indicaron en el informe de alta y en las citas de seguimiento de no apoyar la extremidad, hecho que puede haber influido en la evolución.

-A las 6 semanas de la intervención quirúrgica, a pesar de haber realizado tratamiento profiláctico con heparina y de haber iniciado la movilización de las extremidades inferiores, fue diagnosticado de un tromboembolismo pulmonar de baja carga.

-Cinco días antes del diagnóstico fue valorado en Urgencias por dolor lumbar que se relacionó con clínica de cólico. En dicho momento la analítica realizada presentaba elevación del dímero D, parámetro sugestivo, pero no diagnóstico por sí mismo, de enfermedad tromboembólica venosa. Tampoco se apreció la presencia de otros signos o síntomas indicativos de la misma, hechos que pueden justificar que en ese momento no se procediera a su diagnóstico al no existir claras evidencias.

-Según se recoge en la literatura médica, la manifestación clínica del tromboembolismo pulmonar es variada. Algunos pacientes presentan cuadros leves e inespecíficos, o son asintomáticos. La clínica también puede manifestarse de forma progresiva en el tiempo. El proceso de tromboembolismo pulmonar fue tratado según protocolos, evolucionando de manera satisfactoria.

-Aunque se pudiera considerar, tal y como se reclama, una posible demora en el diagnóstico del tromboembolismo de 5 días, justificado por la presentación clínica inespecífica inicial como se ha expuesto previamente, esta demora no ha condicionado ningún tipo de consecuencia. En el momento del diagnóstico no presentaba mayores signos de gravedad y se resolvió sin complicaciones ni secuelas”.

B) En cuanto a la segunda intervención quirúrgica de 30/04/2024, encontramos en los informes médicos las siguientes consideraciones:

“-Ante la persistencia de dolor en la zona de fractura, se procedió a una nueva intervención quirúrgica para la retirada de material de osteosíntesis con el objetivo de eliminar ese dolor, intervención que fue realizada según protocolo y sin incidencias.

-Tras esta cirugía, existe una probable lesión de un nervio (por atrapamiento u otra causa), lo cual está descrito en los documentos de consentimiento informado como riesgo inherente a la propia cirugía.

-Posteriormente presenta persistencia del dolor describiéndose en la literatura médica que después de este tipo de intervención la tasa de mejoría de dolor es variable y en algunos casos no resulta efectiva, tal y como ha sucedido en el caso que nos ocupa”.

C) Además, de los diversos informes se desprende que el paciente durante todo el proceso ha recurrido a profesionales de la medicina privada sin que conste en el expediente los datos necesarios que puedan aportar la influencia de su intervención en el desarrollo del tratamiento y el comportamiento del paciente ante el mismo. Así, destacamos del informe del Dr. del Servicio de Rehabilitación del HSP de 15/11/2024:

“Reseñar que según manifestó el paciente, había acudido a «otros profesionales» antes de la visita, su preferencia por ellos y que venía apoyando con un bastón. Esta es una cuestión clave, que no veo



relatada en la reclamación, y en posible relación con el origen de su TEP, junto con sus antecedentes personales”.

3. Criterio del Consejo

Este Consejo Consultivo comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por cuanto, efectivamente, tal y como señalan, tanto los facultativos que intervinieron en la atención al paciente, como el resto de los informes sanitarios, como hemos reflejado anteriormente, concluyen que, atendidas todas las circunstancias concurrentes, los profesionales sanitarios actuaron conforme a los protocolos, técnicas y conocimientos adecuados al caso concreto, es decir, cumplieron con la *lex artis ad hoc*.

Por otra parte, el reclamante no ha aportado prueba alguna. En su escrito de reclamación anuncia la presentación de un informe pericial para confirmar su tesis, que finalmente no incluye y tampoco utiliza el trámite de alegaciones, por lo que, sus apreciaciones carecen de la necesaria consistencia y base científica para poder contrastarlas.

Respecto a la cuantificación de la reclamación, el reclamante la remite a un futuro informe médico pericial que, *“se está realizando, pero sabiendo que supera los 100,000 euros”*, advirtiendo además que, la reclamación económica pudiera *“matizarse si es debido en su caso”*.

Así las cosas, consideramos que no hay relación causal, no hay daño antijurídico, y se han rebatido cada una de las apreciaciones descritas por el reclamante. En consecuencia, frente a la calificación de los hechos relatados como evidentes, se ha mostrado precisamente que no lo son al ser rebatidos con suficiencia, ya que:

“-Durante todo el proceso clínico se ha informado de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos al paciente, proporcionando el adecuado consentimiento informado por escrito antes de ambas intervenciones quirúrgicas.

-Tanto el proceso de tromboflebitis como la lesión nerviosa de la que ha sido diagnosticado tras la última intervención son posibles complicaciones de las intervenciones realizadas que constan recogidas en los consentimientos informados, no pudiendo atribuirlos a una mala praxis”.

Por lo expuesto, no apreciamos relación causal, ni antijuricidad y en consecuencia se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada al paciente ha sido correcta y ajustada a la *lex artis*.



CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios Públicos Sanitarios, al ajustarse su actuación 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.

José Ignacio Pérez Sáenz
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO