

En Logroño, a 27 de septiembre de 2010, 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. Pedro de Pablo Contreras, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

79/10

Correspondiente a la consulta trasladada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a D. M. F. por daños, a su juicio, derivados de atención sanitaria.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Debido a la asistencia sanitaria y quirúrgica prestada por el Servicio Riojano de Salud durante los meses de octubre de 2008 a agosto de 2009, D^a D. M. F. formuló reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, mediante escrito de fecha 18 de agosto de 2009, que tuvo entrada en el Registro de la Consejería de Salud el 4 de septiembre del mismo año. La interesada, completando su reclamación en el curso del expediente y en su escrito final de alegaciones, terminaba solicitando que se declare *“la responsabilidad de la Administración por retraso en el diagnóstico y tratamiento de la compareciente, con las consecuencias inherentes para su salud y perjuicios económicos, laborales y morales, acordando fijar la indemnización de 250.000 euros, solicitada en su día, o subsidiaria y alternativamente, la de 41.172 euros, por siete meses de baja laboral, incapacidad parcial y daños morales”*.

Segundo

El correcto entendimiento de este asunto requiere exponer sucintamente todos los hechos que se infieren del conjunto del expediente, y que son los siguientes:

1.º En las Hojas de Listado de Notas, correspondiente a Dª D. F., de 46 años de edad, consta una consulta (fecha de la toma 7 de octubre de 2008 y 4 de diciembre de 2008), en la que se anotó:

- Motivo consulta: Menorragias. Último sangrado 21 días, hasta ayer.
- Exploración: Cérvix hipertrófico, duro, erosión periorificial.
- Ecografía exploración: Útero en "ante" (anteversión) de 93 x 45 mm., no imágenes de pólipos. Grosor de cuello el mismo que el cuerpo uterino, con pérdida de alineación entre la cavidad uterina y el canal endocervical.
- Citología: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL). Se recomienda biopsia.

2.º El día 8 de octubre de 2008, se registra una citología cérvico-vaginal. En el Informe consta:

- Datos clínicos: Menorragia desde 15 de septiembre de 2008. Erosión (Ap. Benigna).
- Diagnóstico: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL).
- Se recomienda biopsia.

3.º En el Informe ecográfico del día 7 de noviembre de 2008, como motivo de petición, consta control de pólipos endometriales. El Juicio Clínico fue: Exploración normal. No se visualizan imágenes sugestivas de pólipos.

4.º En el informe de Consulta Externa de fecha 10 de diciembre de 2008, como motivo de la consulta figura: Diagnosticada de H-SIL en noviembre de 2009, acude a control.

- Antecedentes personales: Alérgica a penicilina. S. I. Ansiedad.
- Antecedentes Ginecológicos/Obstétricos: UR: 26-11-2008. G2P2 (Dos gestaciones y dos partos).
- Pruebas complementarias: Citología: Lesión escamosa intraepitelial del alto grado (H-SIL). Se recomienda biopsia.
- Tratamiento: Se incluye en lista de espera para conización cervical con asa. Doy CI (consentimiento informado).

5.º La enferma fue incluida en Lista de Espera Quirúrgica el día 10 de diciembre de 2008, para conización cervical, por SIL - Alto grado.

6.º En el estudio preanestésico de 23 de diciembre de 2008 consta la edad, 45 años, el antecedente quirúrgico de una cesárea hace 19 años, tratamiento con ansiolíticos, y una glucemia basal de 140 g.

7.º En la carta enviada por el Servicio de Admisión a Dª D. F. el 5 de marzo de 2009, se le solicita que se ponga en contacto con el Departamento de Lista de Espera, para comunicarle su nuevo teléfono de contacto, a la mayor brevedad posible.

9.º La enferma fue atendida en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro* de La Rioja, el día 9 de marzo de 2009. En los antecedentes personales consta una cesárea, y en los tratamientos:

- Paroxetina, Alprazolam, Celebrex, por dolor reumático. Fumadora de un paquete diario.
- Consultó por dolor abdominal izquierdo, que empieza en zona lumbar izquierda, y se irradia hacia delante hasta la mitad de muslo, desde hace cinco meses. Tras la exploración clínica y las pruebas complementarias, analítica de sangre y orina y Rx de abdomen, se diagnosticó infección de tracto urinario y cólico renal, pautando tratamiento con antisépticos urinarios y analgésicos.

10.º Según el Protocolo Quirúrgico, el día 18 de marzo de 2009 se practicó la conización cervical. En los hallazgos figura: Cuello rugoso. Borramiento bilateral de los sacos vaginales.

11.º El día 22 de marzo de 2009, la enferma fue nuevamente atendida en el Servicio de Urgencias (alta 23 de marzo de 2009). Consultó por dolor abdominal de 5 días de evolución y por encontrarse muy nerviosa. En la exploración por tacto vaginal (TV), se encontró: (útero) no doloroso a la movilización. Parametrios engrosados. Fue diagnosticada de dolor abdominal en estudio (estaba esperando los resultados de la biopsia de útero).

12.º Se aporta el documento de consentimiento informado para histerectomía total, con la anotación de valorar dejar ovario, de fecha 7 de abril de 2009, firmado por la paciente. Con la misma fecha de 7 de abril de 2009, la enferma fue incluida en Lista de Espera Quirúrgica, con el diagnóstico de carcinoma *in situ* de cuello uterino y, como intervención, histerectomía total.

13.º El día 13 de mayo de 2009, se produjo otra consulta en el Servicio de Urgencias. Consta que la paciente estaba diagnosticada de Ca. Cérvix y pendiente de intervención quirúrgica. Acudió por dolor abdominal. En la exploración ginecológica, se encontró cérvix no sangrante, duro. Parametrios engrosados. Se pautó tratamiento con analgésicos, Nolotil.

14.º El día 18 de mayo de 2009, la enferma volvió al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal que se irradiaba a zona lumbar y EEII (extremidad izquierda?), y sangrado vaginal abundante. En la exploración, se encontró cérvix indurado, engrosado, parametrios parecen libres, sangrante al tacto, maloliente. El diagnóstico fue Ca. de cérvix, pendiente de intervención quirúrgica.

15.º El día 31 de mayo de 2009, se repitió la consulta al Servicio de Urgencias por dolor abdominal que no cede con analgesia y sangrado menor que una regla. La exploración ginecológica fue: Cérvix indurado, engrosado, parametrios parecen libres, sangrante al tacto, maloliente. Se pautó tratamiento con Dolantina y Haloperidol.

16.º En el Informe de Alta de Hospitalización de Ginecología del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro* de La Rioja, con fecha de ingreso 2 de junio de 2009 y alta 18 de junio de 2009, consta:

- Antecedentes ginecológicos: Conización cervical por H-SIL marzo 2009. Antecedentes obstétricos: G2P1C1 (dos gestaciones, una cesárea y un parto).
- Historia actual: Paciente diagnosticada de displasia epitelial grave CIN III- carcinoma "in situ" mediante conización, que ingresa para tratamiento quirúrgico.
- Exploración: Cérvix indurado, engrosado, parametrios parecen libres, sangrante al tacto, maloliente.

- Ecografía: Útero en ante de aspecto irregular.
- Intervención: El día 3 de junio de 2009, se realiza laparotomía con los siguientes hallazgos: Cuerpo uterino de tamaño normal con serosa granulada y blanquecina. Quiste simple de unos 7 cm en ovario derecho. Ovario izquierdo normal. Tumoración cervical que llega a pelvis ósea en ambos lados, de unos 8-10 cm. Se toman biopsias de tumoración cervical desde cara posterior, biopsia de ovario izquierdo, quistectomía de ovario derecho y biopsia de peritoneo visceral de fondo uterino.
- Se solicitan pruebas complementarias para estadiaje.
- RM (resonancia magnética): Los hallazgos son compatibles con neoplasia de cérvix, con signos de infiltración de ambos parametrios y con presencia de una cavidad central sugiriendo necrosis, que fistuliza contactando con otra colección con niveles hidroaéreos, varias colecciones probablemente postquirúrgicas. No se observan adenopatías de tamaño significativo.
- Ecografía abdominal: Únicamente destaca una imagen litiásica de 4 mm. en grupo calicial medio de riñón izquierdo.
- Cistoscopia y rectoscopia: Sin hallazgos
- Diagnóstico: Carcinoma epidermoide de cérvix, estadio IIB (RM) y IIIB (quirúrgico).
- Tratamiento: Laparotomía, biopsias. Analgesia. Se traslada a Oncología para iniciar tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia.

17.º El informe anatomopatológico de la biopsia del día 3 de junio de 2009 fue: Carcinoma epidermoide invasor (8 de junio de 2009).

18.º En el Informe de Alta de Oncología, con fecha de alta 1 de julio de 2009, consta:

- Enfermedad actual: La paciente consulta por menorragias desde noviembre de 2008. Es vista por el Servicio de Ginecología en diciembre de 2008, encontrándose en la exploración ginecológica cerviz hipertrófica, duro, con erosión periorificial. Se realizó ecografía ginecológica que mostró útero en ante de 93 x 45 mm., con cerviz engrosado, con el mismo grosor que cuerpo uterino y pérdida de alineación entre la cavidad uterina y el canal endocervical.
- Citología: Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL).
- Biopsia (con conización 18/3/2009): Displasia epitelial grave, CIN III - carcinoma *in situ*. P16 positivo. Borde de lesión. Fragmento de endocérvix sin alteraciones.
- En marzo de 2009, precisa acudir al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda. Dados los hallazgos de la biopsia con la exploración ginecológica, se decide histerectomía.
- El 3 de junio de 2009, se realiza laparotomía, describiéndose un cuerpo uterino de tamaño normal. Tumoración cervical que llega a pelvis ósea en ambos lados, de unos 8-10 cm. Se realizan biopsias de tumoración desde cara posterior (sale material cerebroide), biopsia de serosa uterina, biopsia de ovario izquierdo, exéresis de cápsula de quiste ovario derecho.

- Anatomía patológica: Tumoración cervical retrouterina con carcinoma epidermoide invasor.
- Colonoscopia (17 de junio de 2009): Hasta ángulo esplénico sin hallazgos.
- RMN (resonancia magnética) pélvica (8 de junio de 2009): Masa en cérvix que infiltra la pared posterior del mismo, de 6 cm., y presenta una colección en su interior con nivel hidroaéreo que se comunica con otra colección lobulada en vertiente izquierda de la pelvis, en topografía Douglas, que mide 6x3 cm. Infiltración de parametrios.
- TAC tóraco-abdominal-pélvico (24/6/2009): Gran masa cervical de 7 cm de diámetro, con foco de densidad aire en su interior.
- Gammagrafía ósea (24/6/2009): Sin evidencia de metástasis óseas.
- Análisis (22/6/2009): Hb: 10,3. CA 125: 11,2. Fe: 19. Resto dentro de la normalidad.
- Evolución clínica: Es trasladada a nuestro Servicio por mal control del dolor, para valoración de tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Se ha iniciado tratamiento analgésico con dosis bajas de opiáceos. El control clínico del dolor ha sido bueno. Está previsto iniciar tratamiento con quimioterapia y radioterapia concomitante, si es posible, el próximo lunes 6 de julio de 2009.
- Juicio clínico: Carcinoma de cérvix locoregionalmente avanzado (al menos estadio II B). Control analgésico. Planificación de quimioterapia y radioterapia.

19.º En el Informe de Alta de Tratamiento Radioterapia Externa, de fecha 10 de agosto de 2009, además de lo ya expuesto con anterioridad, consta:

- Ca. Cérvix localmente avanzado IIB (RNM) y IIIB (Quirúrgico).
- Tratamiento radioterápico: Se ha administrado tratamiento radioterápico con intención radical, previa simulación virtual con un TC y planificación dosimétrica 3D, alcanzando una dosis total en PTV (pelvis) de 46,8 Gy con fraccionamiento de 1,8 Gy/sesión. Concomitancia con cisplatino. El tratamiento ha sido administrado del 6 de julio al 10 de agosto de 2009, ambos inclusive.
- Queda pendiente de completar tratamiento con braquiterapia.

20.º En el informe del Dr. G. M. B., Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital *San Pedro*, de La Rioja, de fecha 5 de octubre de 2009, se describe el proceso de la enferma y de este Informe destacamos:

- Fue vista, en diciembre de 2008, en revisión asintomática, únicamente presentaba reglas abundantes. En esa ocasión se encontró en la citología una displasia de alto grado.
- En marzo de 2009, se realiza conización con informe anatomopatológico coincidente con la citología displasia de alto grado- carcinoma in situ.
- En abril de 2009, se aconseja a la paciente, por prevención, la realización de histerectomía.

- Posteriormente, acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal, no encontrando lesión evidente de esa patología.
- El 3 de junio de 2009, se realiza intervención quirúrgica, con hallazgo de una zona indurada en tercio superior de cuello uterino, con retracción parametrial que llega casi a pared pélvica, parece corresponder a un cáncer invasor de la parte alta del cuello uterino, que, debido a su extensión de parametrios, es inoperable. Procediendo a la toma de varias biopsias que confirman la sospecha macroscópica, que se trata de un carcinoma invasor de cuello uterino.
- Debido a su estado de extensión, se consulta al Servicio de Oncología para realizar tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

21.º Se aporta una consulta en el Listado de Notas, con fecha de creación 28 de diciembre de 2009, en la que se anotó:

- Remitida por Oncología para revisión. Finalizó tratamiento con QT y RT en octubre de 2009.
- TAC: Con diagnóstico de respuesta importante.
- Exploración: Genitales externos normales, vagina estenosada en su tercio superior que impide visualizar cérvix. TV: No se palpa cérvix, parametrio izquierdo libre, parametrio derecho parece fijo.
- Ecografía ginecológica: Útero en anteflexión, con ligero engrosamiento de istmo (mejoría con respecto a las anteriores), anejos no tumorales. Control a los seis meses.

Tercero

Seguido el expediente en todos sus trámites —entre los que son de destacar el informe de la Inspección médica y el pericial a instancia de la Compañía aseguradora de estos riesgos—, con fecha 23 de julio de 2010 se formula por la Instructora Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación.

La Dirección General de los Servicios Jurídicos se muestra conforme con la Propuesta de resolución en su informe, emitido el 11 de agosto de 2010.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 24 de agosto de 2010, registrado de entrada en este Consejo el 30 de agosto de 2010, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 30 de agosto de 2010, registrado de salida el 31 de agosto de 2010, 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 la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el 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.

Es preceptiva la emisión del presente dictamen conforme a lo dispuesto en el artículo 11 G) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción del mismo por la Disposición Adicional 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, por ser la cuantía de la reclamación superior a 600 euros, en concordancia con el cual ha de ser interpretado el artículo 12 G) del Decreto 8/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de este Consejo Consultivo.

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

Existencia de responsabilidad de la Administración

Como es evidente, el primer requisito que debe analizarse para determinar si concurre o no, en cualquier supuesto, una eventual responsabilidad patrimonial de la Administración es la existencia de un daño, que ha de ser real y efectivo. En este caso, la reclamante aduce la existencia de daños y perjuicios “económicos, laborales y morales”, de cuya existencia no cabe dudar a la vista de los hechos acaecidos durante el tratamiento, con inevitable baja laboral, dolores reiterados en la paciente, imposibilidad final de intervenir quirúrgicamente el carcinoma y retrasos en la atención quirúrgica que comportan inevitablemente una zozobra en la paciente constitutiva de daños morales. En consecuencia, pues, el primer requisito de toda hipótesis de responsabilidad patrimonial de la Administración, cual es la existencia de unos daños reales y no supuestos, efectivos e individualizados en una persona —características que según reiterada doctrina jurisprudencial y de este Consejo Consultivo son predicables también de los daños morales—, concurre en este caso sin lugar a ninguna duda.

Sin embargo, según la constante doctrina de este órgano consultivo, la real existencia de tales daños no determina automáticamente su indemnizabilidad, sino que ello requiere de la concurrencia de otros requisitos, de los que, en este caso, es obligado analizar dos: primero, que la relación de causalidad en sentido estricto aisle la causa del resultado dañoso situándola en la órbita del actuar administrativo; y, segundo, que, ello supuesto, concorra el imprescindible criterio positivo de imputación objetiva de la responsabilidad a la Administración y no lo haga ninguno de los criterios negativos de imputación que excluyen tal responsabilidad.

En cuanto a lo primero, como reiterada y constantemente viene señalando este Consejo Consultivo al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, constatada la existencia del daño, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente —conforme a la lógica y la experiencia— explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Hemos explicado también, y volvemos a insistir en ello, que, para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Ahora bien, en el ámbito sanitario la relación de causalidad en sentido estricto presenta inevitablemente una característica peculiar, que es la de que, casi siempre, concurrirá al menos una “causa” del resultado dañoso: el estado del paciente. Por eso, en este campo, el problema es siempre determinar, por lo pronto, si la concreta actuación médica merece o no la condición de causa (*concausa*, habrá que decir) del daño padecido, esto es —conforme a la doctrina de la *condicio sine qua non*—, si la misma constituye o no una condición empírica antecedente sin cuya concurrencia el resultado dañoso, en su configuración totalmente concreta, no habría tenido lugar; o si, por el contrario, ese resultado se explica de modo exclusivo o suficiente por la patología que sufriera la víctima.

Pues bien, en este caso, no creemos que haya dudas de que la asistencia sanitaria prestada a la paciente contribuyó de modo apreciable a explicar el resultado dañoso cuya indemnización se reclama, de modo que debe ser considerada la misma como con causa de dichos daños, debiéndose analizar lo que termina siendo la cuestión esencial en este expediente, cual es la concurrencia o no de un suficiente criterio de imputación objetiva de la responsabilidad a la Administración. Como hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario, el funcionamiento del servicio público — que es el *criterio positivo de imputación* que, con carácter general, utiliza el ordenamiento— consiste en el cumplimiento por la Administración de un deber jurídico previo e individualizado respecto a *cada* paciente, que es correlativo al derecho de éste a la *protección de su salud y a la atención sanitaria* (cfr. art. 1.2 de la Ley General de Sanidad, que desarrolla los artículos 43 y concordantes de la Constitución), por lo que ese deber es *de medios y no de resultado* y se cumple, no respondiendo entonces la Administración, cuando la atención prestada ha sido conforme con la denominada *lex artis ad hoc*.

Como hemos dicho, la Propuesta de resolución reputa conforme a dicha *lex artis ad hoc* la actuación de los Facultativos del Servicio Riojano de Salud en este caso. Sin embargo, este Consejo Consultivo no puede mostrarse conforme con ese juicio, especialmente a la vista del solvente y completo informe médico-pericial realizado a instancia de la Compañía aseguradora Z., a cuyo análisis y conclusiones objetivas resulta completamente necesario atender.

En efecto, en dicho informe se concluye que, en la conización (solicitada el 10 de diciembre de 2008 y realizada el 18 de marzo de 2009), “*se produjo un falso diagnóstico de carcinoma in situ, cuando, en realidad, se trataba de un carcinoma invasor avanzado, en estadio IIIB*”; y, además, que “*es imposible que un carcinoma in situ evolucione a carcinoma invasor, con un tamaño de 10 cm., en un período menor de tres meses, que medió entre la conización y la laparotomía*”, pues, efectivamente, la primera se realizó el 18 de marzo y la segunda el 3 de junio de 2009.

A la vista de esto, es evidente —como se afirma expresamente en la conclusión 11.^a del completo y solvente informe médico-pericial al que nos referimos— que “*es indudable que ya se trataba de un carcinoma invasor cuando se hizo la conización*”; pero el informe también indica que, previamente, los dolores que presentaba la paciente y que motivaron su atención en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*, eran síntomas para pensar “*que, ya en esos momentos (octubre de 2008), se trataba de un carcinoma invasor, pues el dolor en los carcinomas de cérvix es un síntoma de aparición tardía, relacionado con la invasión*”, siendo sus síntomas más frecuentes “*metrorragia y leucorrea al principio, y malestar o dolor pelviano, y trastornos urinarios o digestivos más adelante*” (página 17), todos los cuales se presentaron tempranamente en la paciente en este caso.

Todo ello es, a nuestro juicio, más que suficiente, como hemos anticipado, para entender que la actuación de los Facultativos del Sistema Riojano de Salud no puede considerarse, en el conjunto de la atención a la paciente, conforme a la *lex artis ad hoc*; y ello es bastante para inferir la responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica en este caso.

En particular, conviene recordar que esta responsabilidad es objetiva y no culpabilística, incluso en el ámbito sanitario, en el que la necesidad de analizar la concurrencia o no de la *lex artis* deriva tan sólo de que, únicamente actuando conforme a ella, se cumple el deber u obligación que tiene la Administración con cada paciente, de modo que es su incumplimiento el que hace nacer la correspondiente responsabilidad. De hecho, esta última, y la correspondiente obligación de indemnizar existe incluso —lo mismo que ocurre en el Derecho privado contractual u obligacional, y en contra de lo que aparecen apuntar la Propuesta de resolución y el informe de los Servicios Jurídicos— cuando existan dudas sobre si el resultado dañoso sería o no el mismo sin ese incumplimiento, y no certeza plena de que tal daño tendría la misma entidad en caso de haberse cumplido íntegra y correctamente con el deber de prestación que compete a la Administración sanitaria; y, por supuesto, de toda hipótesis de incumplimiento resulta el deber de indemnizar siempre los daños morales que causa la certeza de existir un error de diagnóstico que inevitablemente provoca en el paciente la correspondiente preocupación psicológica sobre cual sería su estado de salud de no haber existido aquél.

Tercero

Sobre la procedencia y la cuantía de la indemnización

Alcanzada, pues, la conclusión de que concurren en este caso los requisitos para estimar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, únicamente resta pronunciarse sobre la cuantía de la indemnización a la que la reclamante tiene derecho.

A este respecto, valorando en conjunto los daños económicos, laborales y morales a que se refiere su reclamación, este Consejo Consultivo estima razonable y acomodada a la real entidad de aquéllos, la suma de 41.172 euros concretada en el escrito de alegaciones y pedida como subsidiaria y alternativa a la pretensión inicial, sin duda excesiva y desproporcionada.

CONCLUSIONES

Primera

La pretensión de indemnización ejercitada por la reclamante debe ser estimada, puesto que dichos daños existen y son imputables al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, concurriendo los demás requisitos exigidos por la ley para que nazca la obligación de indemnizar el daño por la Administración.

Segunda

La cuantía de la indemnización debe fijarse en la cantidad de 41.172 euros, cuyo pago ha de hacerse en dinero, con cargo a la partida que corresponda de los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

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