

En Logroño, a 25 de noviembre 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. José M^a Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

99/10

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. J. B. D., como consecuencia, de los daños, a su juicio, producidos por el retraso en el diagnóstico de la enfermedad de Crohn que padece.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

En fecha 25 de febrero de 2010, el Sr. B. D. presenta, ante la Oficina General del Registro, un escrito en solicitud de responsabilidad patrimonial, que tiene su entrada en la Consejería de Salud el día 1 de marzo, reclamando la cantidad de 150.100 euros, y en el que se hace constar el siguiente relato de hechos:

“El 5 de julio de 2007, el Dr. C. V. indica que presentaba síntomas de cansancio que podían presumir anemia, motivada, probablemente, por el gran número de deposiciones diarias, con dolor intestinal y dolores lumbares que no remitían de ninguna forma. Los resultados de las analíticas de fecha 9-7-2007 confirman la anemia.

Refiere el citado Dr. “sintomatología de colon irritable”, pero ni contrasta dicha afirmación con pruebas médicas objetivas, ni se plantea la posibilidad de un problema de mayor gravedad para remitirme a un estudio más exhaustivo. Se limita a reconocer irregularidades intestinales y a recetarme Omeoprazol 20 mg., Spasmocetyl 40 mg. y Cidine 1 mg. Queda claro que, ya en 2007 refería problemas importantes de tracto digestivo, que no se resolvieron por falta de recursos materiales, ya que el citado Dr., no entró en el análisis del recorrido que podía llegar a tener esta dolencia, al margen de las repetidas veces que le transmití mis constantes deposiciones.

El colon irritable, cuya denominación más exacta es “Síndrome del Intestino Irritable”, se trata de una enfermedad diagnosticada por exclusión, cuando se han realizado pruebas tales como colonoscopias, rectoscopias, tránsito intestinal, enemas de opaco,... y se hayan descartado otras patologías. Dado que no se realizaron dichas pruebas de contraste desde el momento de referir mis dolencias al médico de cabecera, ya en el año 2007, se asume dicho riesgo, innecesariamente, produciendo el consiguiente daño.

Por otro lado, hay que poner de relieve como, ya desde fechas anteriores a la citada, presentaba en ambas manos signos de psoriasis, enfermedad de la piel que, en ocasiones, viene asociada a disfunciones intestinales, como la enfermedad de Crohn.

A finales de diciembre del año 2007, aquejado por fuertes dolores de espalda, febrículas y sudoraciones nocturnas, vuelvo a presentarme en la consulta del Dr. V.. Tengo que advertir que, al igual que la psoriasis, los dolores de carácter reumático son característicos, por irradiación, de las enfermedades inflamatorias intestinales.

Dado que los dolores no remitían, y que en ese momento presento un fuerte dolor en el ángulo inferior de la escápula, regreso nuevamente, el día 9 de enero de 2008, a la Consulta de Atención Primaria, con la intención de averiguar el origen del mismo. La solución que se me da es la prescripción de antiinflamatorios y relajantes musculares, pero sin atender a un cuadro más general en el que ya teníamos presente: las continuas deposiciones líquidas, los fuertes dolores abdominales, fiebres esporádicas, los intensos dolores lumbares y articulares, la psoriasis y una anemia incipiente que, en ningún caso, se aborda de manera conjunta.

Durante todo el año 2008, continúo con mis etapas de crisis, sin una respuesta efectiva de los servicios sanitarios que me están atendiendo. A finales del mismo año, refiero repetidamente al Dr. cuál es mi situación y éste, solicita analítica bioquímica, de la cual se desprende que los factores de proteína C reactiva, VSG y los indicadores hematológicos que se advierten sobre la anemia, están fuera de la normalidad. No obstante, al citado Dr. no se le aparece otra posibilidad diagnóstica que el propio dolor reumático, y como solución al mismo, el ejercicio y la natación.

Dada la falta de soluciones y no estando conforme con el tratamiento que me tenía dispensado el citado Dr., antes de acudir a la cita que tengo en su consulta el día 24 de noviembre de 2008, decido irme, con la intención de cambiar de Médico de Cabecera.

En todo el tiempo que fui atendido por el Dr. C. V. no recibí por su parte ningún diagnóstico concluyente que me vinculase con la enfermedad inflamatoria intestinal, que, al final, se ha visto como causa de mis dolencias. Confundió una dolencia músculo-esquelética con lo que se ha mostrado como una enfermedad intestinal, pero lo verdaderamente importante es que, en ningún momento, trató de entender el conjunto de la sintomatología que presentaba como referida a una única enfermedad, como probable afección de aparato digestivo. Es por esto que, en ningún caso, me remití a los Especialistas de Digestivo, no solicitó ninguna prueba diagnóstica concluyente para descartar patologías relacionadas con el intestino delgado y, por ello, no puso al servicio de quien suscribe lo que sí es una obligación médica: facilitar todos los medios disponibles para una correcta diagnosis, y todos los medios disponibles que están al alcance de la ciencia con la intención de sanar.

Se me adjudica como nuevo Médico de Cabecera al Dr. S., igualmente del Centro Rodríguez Paterna. Oído el relato de las dolencias que le transmito, me indica que debo realizarme una serie de pruebas, entre otras, una colonoscopia y analítica de sangre. Así, con fecha 12-01-09 y, tras verificar una analítica anterior VSG 43 y PCR 20, solicita estudio de RMN y nuevas analíticas. El propio Dr. confirma la espondiloartropatía.

La analítica, que se me realiza el 5-02-09, presenta nuevamente los parámetros indicadores de anemia alterados y un resultado negativo de HLA b-27, lo que tendría que haber descartado ya la patología reumática, o, por lo menos, haberse podido poner en cuestión. Pero, los Facultativos siguen sin atender otras posibilidades, y, manteniéndose en un manifiesto error, siguen pensando en problemas musculoesqueléticos de base y recetándome algo absolutamente contraindicado para los problemas intestinales, como son los antiinflamatorios.

El 27-02-2009, el Dr. C. L. realiza un informe en el que, tras una RMN Sacroiliacas, determina que no puede establecerse el diagnóstico de espondilitis por la normalidad de la RMN, indicando que convendría revisión en Digestivo por el cuadro etiquetado de colon irritable. Igualmente, refiere una anemia moderada.

Dado el informe, se me realiza una colonoscopia, con fecha 20-04-2009, tras la cual se me diagnostica colitis inespecífica, cuestionándose si su origen podría derivar de la ingesta de AINEs (antiinflamatorios no esteroideos). En el informe, se refiere la existencia de lesiones afroides en recto, que constantemente he tenido a lo largo del tracto digestivo. El informe de la Dra. G. P. indica como diagnóstico, colitis aguda y crónica inespecífica.

Dado que mantengo cita con el Reumatólogo, Dr. C., sigo insistiéndole en mis dolores articulares y éste me realiza una serie de pruebas para poder determinar una posible artropatía, a la vez que me remite, en enero de 2009, a Consulta de Dermatología, con la intención de confirmar la presencia de psoriasis, de cara a concluir su diagnóstico.

El 4 de marzo de 2009 la Dermatóloga Dra. F. V., indica en su informe que “hay rasgos de psoriasis pero sin actividad”.

El Dr. S. me indica que se trata de una dolencia psicósomática, afectada por estadios de estrés y preocupación y con una presencia autoinmune que es difícil determinar. En la consulta del propio Dr. S., me muestro extrañado del desistimiento que este plantea al hecho de seguir indagando sobre el origen de mis dolencias. Me trata de hacer ver que no existe diagnóstico concreto, que las pruebas que se me han practicado son las suficientes y que, tras analizar el colon y el control en Reumatología, no quedaban más alternativas que el entender “que, como el cuerpo no es perfecto, había que procurar aceptar nuestras propias limitaciones”. El Dr. se detenía en la búsqueda de una explicación médica a una dolencia que venía transmitiendo a los médicos del Centro Rodríguez Paterna desde, por lo menos, el año 2007.

Pasado el verano de 2009 y dado que estoy diagnosticado de enfermedad reumática, paso revisión en esta Especialidad. El Dr. C. no está en la consulta y me visita la Dra. P. A., a la que vuelvo a contar toda mi sintomatología. Analizados los datos que obran en su poder y las referencias que yo le transmito, con concluyente ojo clínico, me dice que mi problema no es reumático sino, muy probablemente, del tracto digestivo alto. Es por lo que se me remite nuevamente al Servicio de Digestivo del Hospital San Pedro, donde soy atendido por el Dr. V. H..

Le comento la situación en la que me encuentro y se me manda realizar una serie completa de pruebas digestivas de la zona alta. Así, el 30-10-2009, se me realiza una esófagogastroscoopia; el 11-11-2009, un tránsito intestinal; y el 9-12-2009, un TC Abdomen sc.

Tras la realización del TC, se me da traslado de un informe radiológico firmado por la Dra. M. M., en el que se muestra un juicio diagnóstico centrado en la existencia de “adenopatía retroperitoneal interaortocava” y “engrosamiento de la grasa locorregional, compatible con carcinomatosis”.

Es incuestionable el daño moral, la situación de incertidumbre vital que dicho informe me causó. Dicho informe resultó ser erróneo, pero el citado error nos muestra nuevamente la descoordinación organizativa de los medios sanitarios y una evidente falta de “lex artis” por parte de quienes eran responsables de la realización de aquel TC.

*La conclusión que se extrae de las pruebas mencionadas es **enfermedad de Crohn**.*

Como consecuencia del retraso en el diagnóstico y el evidente deterioro que presento, ingreso en el Centro hospitalario San Pedro el día 15 de febrero de 2010, donde se me atiende desde los Servicios del Equipo de Digestivo del citado complejo. Durante el ingreso, al igual que desde que se me diagnostica la enfermedad y soy tratado por el Dr. V. H., la mejoría de mi estado de salud ha sido evidente, pudiendo decir, sin ningún género de dudas, que el tratamiento prescrito me ha afectado muy positivamente.

No obstante, dado el retraso en la puesta en práctica del tratamiento más adecuado para la enfermedad, la normalización de mi estado de salud tardará y la dolencia que presento no remitirá a corto plazo.

Se demuestra, por todo lo dicho, la existencia de una evidente pérdida de oportunidad, al no haberse podido establecer un diagnóstico precoz de mi enfermedad y un tratamiento también precoz.

A dicho escrito, adjunta fotocopia de diversa documentación, relativa a la asistencia médica recibida, así como las facturas objeto de la reclamación.

Segundo

En fecha 2 de marzo, se dicta una Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, y se nombra Instructora del mismo. Posteriormente, en fecha 10 del mismo mes, se comunica al reclamante diversa información relativa a la instrucción del mismo.

Tercero

En fecha 3 de marzo año, se solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada en el Servicio de Cirugía a D. J. B. D., su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y en particular el informe de los Facultativos que le atendieron. Igualmente se comunica a la Aseguradora de la Consejería de Salud, la interposición de la reclamación. La citada documentación obra a continuación en el expediente administrativo.

Cuarto

En fecha 30 de abril, se solicita informe a la Inspección Médica, que es evacuado en fecha 27 de julio, y en el mismo se contienen las siguientes conclusiones:

1ª.-La sintomatología que presentaba el paciente cuando acudió a la consulta de Atención Primaria en julio de 2007, de dolor abdominal y diarreas, refería presentarla desde hacía unos 10 años antes. Ya se la había realizado, cuando había iniciado con dicha clínica, su estudio mediante la realización de colonoscopia con biopsia, que no indicaba patología de interés, catalogándose el proceso como un cuadro de colon irritable.

2ª.-Según la literatura consultada, el síndrome de colon irritable es uno de los trastornos más frecuentes que se puede encontrar en la práctica clínica, señalando algunos autores que estos síntomas se presentan en el 10-20% de la población. Los pacientes se caracterizan por presentar, de

forma crónica o recurrente, molestias abdominales asociadas a alteración del hábito intestinal, diarrea, estreñimiento o alternancia de estos. El diagnóstico es puramente clínico y, en la mayoría de los casos, no es necesario realizar ningún tipo de exploración complementaria, siendo las exploraciones a realizar, de primera línea en su estudio en Atención Primaria, una analítica de sangre con bioquímica y una colonoscopia. En cualquier caso, el estudio del paciente debe hacerse sólo una vez y no repetirse, si no hay un cambio clínico que lo justifique.

3ª.-En base a lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta que los síntomas que presentaba el paciente cumplían los criterios para el diagnóstico de colon irritable, que no refería cambios con respecto a la clínica que presentaba desde hacía años y que ya se le había realizado el estudio mediante colonoscopia, no se puede considerar inadecuado el diagnóstico realizado en dicho momento ni incorrecto el hecho de solicitarle estudio analítico de sangre y heces y pautarle tratamiento sintomático, con el que mejoró, sin hacerle más pruebas complementarias.

4ª.-No consta que el paciente volviera a consultar en Atención Primaria por dichos síntomas, ni consta que hiciera referencia a los mismos en las visitas que hizo por otras patologías hasta el año 2009, en el que se le solicitó una colonoscopia, no disponiendo de datos en dicho servicio de la evolución del paciente ni el grado de afectación que presentaba durante dicho período de tiempo, por lo que no se puede atribuir ningún fallo en su asistencia en Atención Primaria, ya que ésta no fue solicitada.

5ª.-Posteriormente, fue valorado por un cuadro de dolor lumbar, inicialmente de características mecánicas, por el que fue derivado a estudio por Reumatología, al presentar reactantes de fase aguda elevados, siendo diagnosticado de lumbalgia inflamatoria. En el seguimiento realizado en dicho Servicio, queda reflejada la persistencia de los episodios diarreicos del paciente, apareciendo progresivamente nuevos signos y síntomas en el tiempo, tales como febrícula ocasional, anemia macrocítica moderada y aftas orales recurrentes, que fueron condicionando la realización de nuevas pruebas diagnósticas complementarias, con las que se llegó al diagnóstico de enfermedad de Crohn, para la que se pautó el oportuno tratamiento, con mejoría clínica digestiva, pero persistencia de la clínica articular.

6ª.-Según la literatura consultada, la incidencia de la enfermedad de Crohn se sitúa entre 1 y 10 casos por 100.000. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: diarrea, que suele ser moderada y habitualmente sin sangre, dolor abdominal, fiebre, que no suele ser alta, astenia y pérdida de peso. Aparte pueden existir otras manifestaciones derivadas de la extensión de la inflamación a órganos vecinos. El diagnóstico se basa en la clínica, los datos de laboratorio, las exploraciones radiológicas, la endoscopia y el análisis histológico de las muestras de biopsia.

7ª.-Es de señalar que, en este caso, la clínica inicial y pruebas complementarias no eran indicativas de la enfermedad de Crohn, de la que más tarde fue diagnosticado y que se llegó a su diagnóstico tras realizar el pertinente estudio y seguimiento en base a la evolución que fue presentando, no pudiendo considerar que no se haya actuado en todo momento conforme a la "lex artis".

8ª.-En relación con el informe del TAC abdominal realizado al paciente el 20-11-2009, al que el asegurado hace referencia en su reclamación, es de señalar que, pese a que se produjo un error al remitir a su historia clínica unos datos que no le correspondían, la situación fue resuelta en el mismo momento por el Facultativo que le atendió, al transmitirle al paciente la información adecuada, sin que de ello se derive ningún tipo de daño.

Quinto

Consta, a continuación, en el expediente el informe pericial emitido a instancia de la Compañía aseguradora, cuyas conclusiones son las siguientes:

1.-El paciente tuvo síntomas leves que fueron difíciles de achacar a un enfermedad sistémica grave.

2.-Precozmente, en 1999, se realizó una colonoscopia, con biopsia intestinal inespecífica.

3.-Esto llevó al diagnóstico de colon irritable, que era consecuente con los datos de los que se disponía.

4.-El tratamiento para este proceso no es perjudicial para un paciente con enfermedad de Crohn, en el caso de que, en ese momento la enfermedad ya afectase al paciente.

5.-El tratamiento del colon irritable mejoró la sintomatología del paciente, que es lo que hace el tratamiento más selectivo de la enfermedad de Crohn.

6.-En el tiempo por el que paciente reclama, no aparece ningún síntoma digestivo en las anotaciones del Centro de Salud.

7.-La presencia de síntomas digestivos, como dolor abdominal y diarrea crónica, son fundamentales para poder diagnosticar la enfermedad de Crohn; y el paciente no se lo comunicó al Médico.

8.-El tratamiento de la enfermedad de Crohn no es curativo y sólo sirve para mejorar los síntomas, sin ser capaz de retrasar la evolución de la enfermedad, que es impredecible.

9.-Al no tener un tratamiento curativo, el retraso en aplicarse se debe a que los síntomas no son graves, ya que no está exento de graves efectos secundarios.

10.-En la comunicación del resultado del último TAC, se produjo una confusión al enviar el informe de otro paciente, que fue automáticamente subsanado, sin que este resultado fuese responsable de la toma de ninguna decisión equivocada ni se administrase ningún tratamiento inadecuado.

Séptimo

El 9 de septiembre, se notifica al reclamante, la apertura del trámite de audiencia, y éste presenta un escrito de alegaciones, en fecha 14 del mismo mes, tras serle facilitada copia íntegra del expediente.

Octavo

El 2 de noviembre, se dicta la Propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación interpuesta, por no ser imputable el daño denunciado al funcionamiento de los Servicios sanitarios Públicos, Propuesta que es informada favorablemente por la Dirección General de los Servicios Jurídicos, mediante informe de fecha 8 del mismo mes.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 10 de noviembre de 2010, registrado de entrada en este Consejo el 18 de noviembre 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 18 de noviembre, registrado de salida el 19 de noviembre, 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 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.

El art. 11,g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la 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, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones que, en concepto de daños y perjuicios, se formulen ante la Administración Pública, cuando la cuantía de las reclamaciones sea indeterminada o superior a 600 euros La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por la Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto, por lo que, reclamándose la cantidad de 31.324,86euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, 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 y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Nuestro ordenamiento jurídico (arts. 106.2, de la Constitución, y 139.1 y 2 y 141.1 LPAC), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así, como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos y como señala la Propuesta de resolución, la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios y no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

Para la Propuesta de resolución, no existe relación de causalidad entre los daños denunciados y la asistencia prestada al reclamante. Sin embargo, y como venimos

indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, 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 explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. 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.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

En el presente expediente, se indica en la reclamación que existió un inicial diagnóstico erróneo, que determinó un retraso en recibir tratamiento adecuado para la enfermedad, considerando el reclamante que ello le ha causado una evidente pérdida de oportunidad, al no haberse podido establecer un diagnóstico precoz de su enfermedad, constituyendo esa pérdida de oportunidad el daño reclamado.

Los informes periciales que obran en el expediente parecen dirigidos, única y exclusivamente, a justificar, con la patología que presentaba el reclamante, el diagnóstico de síndrome de colón irritable. Pero, en cambio, nada se dice acerca de la esencia de la reclamación y ello es que, con independencia de los motivos concretos por los que el reclamante acudía al Médico, los signos que presentaba en cada momento: procesos diarreicos, dolor articular, febrícula, aftas, psoriasis, debían haber hecho pensar en la posibilidad de que padeciese la enfermedad de Crohn, antes de lo que se hizo.

Desgraciadamente, a este respecto nada se menciona en el expediente, pues, reconociéndose la realidad de los síntomas anteriormente mencionados, y reconociéndose que todos ellos son síntomas posibles en pacientes con enfermedad de Crohn, nada se ha acreditado acerca de por qué no se sospechó con antelación de la existencia de dicha enfermedad, máxime a la vista de la persistencia de los síntomas, con mejorías transitorias y épocas de recaída.

Solamente en el informe de la Inspección se indica que, tanto la clínica inicial, como las pruebas complementarias realizadas, no eran indicativas de la enfermedad de Crohn. Sin embargo, no se explica qué es lo que lleva a sospechar, en un determinado momento,

que existe la citada enfermedad, cuando los síntomas se venían padeciendo a lo largo del tiempo.

Por lo anterior, consideramos que, en el presente caso, existe relación de causalidad entre la actuación del servicio público sanitario y el daño reclamado.

Ahora bien, en cuanto a la valoración de dicho daño, no podemos, en modo alguno, compartir el importe de la indemnización solicitada. Al tratarse de una enfermedad de la que no se conoce su causa, el tratamiento de la misma es puramente sintomático, encaminado a mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero, en ningún caso, consigue modificar el curso de la enfermedad. También está acreditado que, diagnosticada la enfermedad y aplicado el tratamiento adecuado, la situación física del reclamante ha mejorado, tal y como él mismo reconoce.

Por lo tanto, el retraso en el correcto diagnóstico de la enfermedad y de la aplicación del tratamiento adecuado ha supuesto para el reclamante unas peores condiciones de vida, por lo que consideramos que la indemnización más procedente es la de 6.000 euros, en la que estarían incluidos los daños morales, sufridos como consecuencia de recibir de manera errónea un informe de un TAC, en el que se le comunicaba, padecer un proceso cancerígeno. Por muy rápida que fuera la aclaración de dicho error, es obvio, que ello tuvo que producir una momentánea inquietud y zozobra en quien lo recibió.

CONCLUSIONES

Primera

A juicio de este Consejo Consultivo, procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por D. J. B. D..

Segunda

La cuantía de la indemnización que debe percibir, se fija en la cantidad de 6.000 euros, que deberán ser abonados, con cargo a la partida presupuestaria correspondiente.

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