

En Logroño, a 23 de enero de 2015, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

1/15

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. F.M.V, por daños y perjuicios que entiende causados por diagnóstico tardío en el SERIS de un carcinoma de ciego; y que valora en 200.262 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito presentado el 10 de enero de 2014 en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, la Procuradora D^a C.G.M., en representación que acredita documentalmente de D. F.M.V., plantea reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Pública Sanitaria, en base a los hechos que resumimos seguidamente:

- En el año 2006, el interesado, con importantes antecedentes familiares (padre con cáncer de colon a los 45 años y cáncer de próstata a los 60; hermano con cáncer de colon a los 33 años; una hermana con cáncer de endometrio a los 36 años y otra hermana con cáncer de vulva a los 35 años y cáncer de colon a los 40), presentó molestias digestivas, por lo que su Médico de Atención Primaria (MAP) le remite a los Especialistas de Aparato Digestivo, quienes le realizan una colonoscopia incompleta, recomendando revisión a los cinco años, sin tratamiento alguno.
- En el año 2010, de nuevo, su MAP le remite al Especialista en Aparato Digestivo, que le realiza el 25 de marzo un estudio gastroscópico y, el 13 de abril, una colonoscopia que, aunque con sedación

endovenosa, también fue incompleta al no llegar hasta el ciego, pero calificada, entiende que erróneamente, como normal. El informe de biopsia dice: “*compatible con esófago de Barret*”.

- En junio de 2010, diagnosticado de posible esófago de Barret, se pauta tratamiento con Omeprazol y se solicita enema opaco, incluyendo CEA. Le remiten a “*Consejo Genético*”, sin que hagan nada, con la referencia de que no tiene gran importancia, pues sólo el 5% es hereditario.
- El 12 de julio de 2010, se le realiza el enema opaco, dándose por normal, a pesar de no verse el íleon terminal.
- El 21 de julio de 2010, ante el incremento álgico y de gases, el Servicio de Aparato Digestivo le da, como única solución, un tratamiento con Nexium, dieta, revisión en 6 meses y colonoscopia a los dos años.
- El 17 de diciembre de 2010, persistiendo las molestias y sintomatología, el mismo Servicio asocia tratamiento con Zantac.
- En junio del año siguiente, es visto de nuevo en el Servicio de Aparato Digestivo, recomendándole una terapia nueva para los gases (Flatoril).
- El 26 de septiembre de 2011, a través del MAP, pide cita con el Servicio de Aparato Digestivo, que no le dan hasta diciembre de dicho año, por lo que, agobiado por su situación visita a un Especialista privado en Aparato Digestivo quien, inmediatamente, indica colonoscopia y gastroscopia con anestesia general, realiza una biopsia y diagnostica adenocarcinoma de ciego pt 4 n 2 (estadio iiic), sin hallar evidencias de esófago de Barret.
- El 25 de octubre de 2011, ingresa en el Hospital *San Pedro* y es intervenido practicándosele una hemicolectomía y una exéresis de cadena ganglionar y, posteriormente se le aplica quimioterapia hasta junio de 2012.

Concreta a la perfección la evolución y cuadro residual del solicitante el que consta en la Resolución de la Dirección Provincial de La Rioja del INSS, de 20 agosto de 2013, por la que se le reconoció incapacidad permanente en grado absoluta por “*adenocarcinoma de ciego t4 n2 m0 (14 de 33), estadio iiic en 2011, tratado mediante cirugía (hemicolectomía dcha. el 25/10/2011 y resección de nódulo peritoneal infiltrado en septiembre 2012) y quimioterapia (de noviembre de 2011 a mayo de 2012 y de octubre de 2012 a marzo de 2013).*”

Acompaña abundante documentación médica del Hospital *San Pedro* y un extenso y prolijo informe pericial del Dr. G.G. y solicita una indemnización de 269.731 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 16 de enero de 2014, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 10, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta del día 17 de enero, se comunica a la Procuradora del interesado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

La iniciación del expediente se había comunicado también a la Compañía Aseguradora del SERIS, que acusa recibo el día 21.

Y, mediante comunicación del día 22 de enero, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Aparato Digestivo; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y situación actual del reclamante.

La solicitud es reiterada los días 5 de marzo y 11 de abril de 2014.

Cuarto

El 16 de abril, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa la historia clínica, así como los informes aportados por la Dra. B.S.T. y los Dres. R.C.M., R.G.A. y A.M.C.

Quinto

Con fecha 25 de abril, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore un informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución.

El informe, de fecha 15 de octubre, establece las siguientes conclusiones:



“1ª.- El paciente es atendido, desde el inicio del proceso, de acuerdo a la sintomatología que refiere, en relación, más con alteraciones a nivel gastroesofágico que a nivel intestinal; deducimos, por lo tanto, que la colonoscopia de inicio, 2006, así como la sucesiva, en 2010, se hacen en base a los antecedentes familiares del paciente (Síndrome de Lynch), buscando el diagnóstico precoz de un posible cáncer de colon. En esos mismos términos, se solicitó interconsulta con (la Unidad de) Consejo Genético, a pesar de no ser procedente, puesto que este tipo de actuaciones se llevan a cabo en pacientes que ya han sido diagnosticados de cáncer, y, en este caso en concreto, existía un examen genético realizado a su hermana, enferma de cáncer, con resultado negativo de las pruebas. Conviene recordar que el estudio genético detecta posibilidades, no enfermedades.

Se ha cuestionado el resultado de la colonoscopia realizada en el 2006, pero quien la lleva a cabo, y que no tiene problemas en calificarla de laboriosa, dolorosa y con regular preparación, dada la existencia de heces sólidas a nivel de ascendente-ciego (luego llegaron hasta ciego), también indica que "no hay hallazgos endoscópicos". Si ha manifestado las dificultades encontradas y, a pesar de ello, se atreve a descartar la existencia de patología, ignoro los motivos por los que sus resultados deben ser cuestionados, por mucho que cinco años después se llegue al diagnóstico de cáncer de ciego. En el 2006 y según colonoscopia realizada, el paciente estaba libre de enfermedad, no obstante se programa -siguiendo las recomendaciones en estos casos- para nueva colonoscopia en cinco años.

En cuanto a la colonoscopia realizada en el 2010, que se califica como "incompleta", por no poder observarse todo el trayecto del colon, consta en historia clínica que se le indica al paciente que lo que procede en estos casos es colonoscopia con anestesia general, que el paciente rechaza por miedo a la perforación (uno de los riesgos existentes en este tipo de exploraciones), por lo tanto y de acuerdo con el paciente, perfectamente informado, se sustituye por otras pruebas menos resolutivas, que resultan negativas.

Consultados con detalle los informes médicos, no es hasta mediados del 2011 cuando el paciente refiere sintomatología propiamente intestinal, en ese momento es atendido, diagnosticado y tratado adecuadamente, tanto en medios como en períodos de tiempo. Si se podía haber hecho algo más o antes, es difícil de determinar a posteriori, y más cuando el paciente acaba padeciendo una enfermedad tan grave, pero este hecho no debería enmascarar y confundir las actuaciones realizadas, y mucho menos consentir que se juzguen desde la base errónea de la existencia del tumor desde el 2006.

Conviene recordar que una mala praxis médica supone una actuación profesional con imprudencia, negligencia o impericia, ninguno de estos condicionantes se ha demostrado, puesto que los profesionales, por lo expuesto, actuaron, en todo momento, conforme a la situación clínica y al resultado de las exploraciones complementarias realizadas.

2º.- Es muy importante tener presente que el escrito en el que se formula la reclamación por responsabilidad patrimonial se basa en el hecho, no demostrable, de que en el 2006 el paciente ya padece el cáncer que le fue diagnosticado en el 2011, y, a partir de esa "suposición", se establecen todas las reclamaciones: insuficiencia de medios y tratamiento, error y retraso diagnóstico, pérdida de oportunidad,... así como el cálculo de los daños sufridos, físicos, psíquicos y económicos. Desde esa suposición, la actuación médica resulta insuficiente y los costes en todos los ámbitos hipertrofiados.

En esa misma línea, nos llama la atención que, en ese mismo escrito, se indica que el paciente llega al diagnóstico de su proceso a través de consulta privada, sin embargo, no se puede encontrar, ni en dicho escrito, ni en el informe médico pericial, ni en la historia clínica de seguridad social, anotación o informe médico al respecto.

Hemos apreciado que, tanto en el informe médico pericial, como en el escrito por el que se formula la reclamación, se hace referencia continuamente al estadio del proceso cancerígeno como estadio IV, que no se corresponde con la situación actual del paciente, ya suficientemente complicada. El estadio IV requiere de la existencia de metástasis a distancia, y, en las últimas exploraciones realizadas al paciente, se indica que se encuentra libre de enfermedad y sin signos de extensión de la misma. Escapa a nuestro entendimiento, sino existen otros intereses, la necesidad de agravar más su pronóstico.

*Por lo expuesto, y pese a que entendemos la delicada situación del paciente así como sus condicionantes futuros, **no se puede concluir que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta y que no se haya actuado conforme a la lex artis**”.*

Sexto

Obraba previamente en el expediente un informe médico pericial de PROMEDE, emitido a solicitud de la Aseguradora del SERIS, del que transcribimos las siguientes conclusiones médico-periciales:

*1º.- (El paciente) cumple **criterios familiares de Síndrome de Lynch**.*

*2º.- En el año 2006, se sometió a colonoscopia de despistaje del cáncer de colon. **El estudio fue completo, abarcando la totalidad del colon, desde el ano hasta el ciego, sin que se apreciaran lesiones.***

*3º.- En el año 2010, se realizó una nueva colonoscopia. En esta ocasión, el procedimiento no pudo completarse **por imposibilidad de progresión más allá del ángulo esplénico**, sin que se apreciaran lesiones en el segmento explorado.*

*4º.- Ante esta situación, se propuso repetir la colonoscopia bajo anestesia general, pero el paciente lo rechazó, al parecer, por temor a la perforación, por lo que se realizó enema opaco como alternativa a la técnica propuesta. **El enema opaco permitió visualizar la totalidad del colon, sin que se apreciaran imágenes sugestivas de tumor.***

*5º.- En octubre de 2011, a raíz de un cuadro de dolor abdominal y cambio en el hábito deposicional, ingresó para estudio a cargo del Servicio de Aparato Digestivo, siendo diagnosticado de carcinoma de ciego estadio T4N2MO. Se procedió a resección quirúrgica del tumor, mediante hemicolecotomía derecha; y tratamiento complementario posterior, mediante quimioterapia adyuvante y extirpación de remanente tumoral epiploico. **El tratamiento fue correcto.***

*6º.- Así pues, **la actuación médica fue conforme a la lex artis**. El momento en que se realizó el estudio genético para confirmar el síndrome de Lynch es irrelevante a los efectos del caso, puesto que se procedió a control endoscópico como si dicho estudio hubiera resultado positivo. El hecho de que, en 2011, se diagnosticara un cáncer de ciego no supone que ese tumor existiera (o fuera visible)*

en la colonoscopia de 2006, ni que pudiera ponerse de manifiesto mediante el enema opaco por las limitaciones propias de la técnica”.

Séptimo

Hay datos en el expediente de la interposición, en marzo de 2013, de recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Octavo

Mediante escrito de 17 de octubre, la Instructora se dirige a la Procuradora de la reclamante, dándole trámite de audiencia, por término de quince días.

La Procuradora se persona en la Secretaría General Técnica el día 22 de octubre, facilitándosele copia íntegra del expediente; y, mediante escrito de 31 de octubre formula alegaciones, minorando su reclamación en 69.469 euros, acompañando un informe de reconocimiento médico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Ayuntamiento de Logroño, en que el reclamante presta sus servicios.

Noveno

Con fecha 4 de diciembre de 2014, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo

El Secretario General Técnico, el día 9 de diciembre, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 2 de diciembre.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado electrónicamente el día 15 de diciembre de 2014, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 16 de diciembre de 2014, y registrado de entrada en este Consejo el 17 de diciembre de 2014, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, 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 el día 17 de diciembre de 2014, enviado y registrado de salida electrónicamente el 23 de diciembre de 2014, 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 por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción hoy vigente,

limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse inicialmente por el interesado la cantidad de 200.262 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

En cuanto al contenido del mismo, 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 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

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

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

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

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

El escrito planteando la reclamación, fundado exclusivamente en el informe pericial del Dr. G., parece la perfecta descripción de una mala praxis diagnóstica, asistencial y terapéutica, con tajantes afirmaciones por las que se imputa a la Administración sanitaria no poner a disposición del paciente los recursos terapéuticos mínimamente exigibles dada la gravedad de la patología; diagnóstico erróneo, retraso enorme en el diagnóstico correcto; insuficiente, erróneo y, posiblemente, contraindicado, tratamiento; pérdida de oportunidad terapéutica; y daño desproporcionado. Parecen confluir, en un solo caso, todas las posibles infracciones de la *lex artis*.

Esta pericia, que es la base de la reclamación, parte, para llegar a tan radicales conclusiones, de dos datos: uno, objetivo: los importantes antecedentes familiares que reflejamos en el primero de los antecedentes del asunto; y, otro, la subjetiva apreciación de que la patología cancerígena existía ya en el año 2006, al realizar al paciente la primera colonoscopia que se califica de *incompleta*.

Sin embargo, un estudio y análisis detallado de cuantos informes obran en el historial clínico del reclamante, procedentes de todos los Facultativos que, a lo largo de los

años, le trataron; así como de los emitidos a raíz de la reclamación planteada, nos hace dudar de la existencia de una infracción de la *lex artis* o, al menos, de que la misma no resulta tan palmaria, evidente y grave como da a entender aquella pericia.

Cierto es que los antecedentes familiares de patologías cancerígenas son realmente llamativos, pero creemos que, en ningún momento, han dejado de ser tenidos en cuenta, tanto por los Facultativos de atención primaria como especializada. En efecto, desde el inicio del proceso (pese a que la sintomatología se relacionaba con alteraciones, más a nivel gástrico que a nivel intestinal), hay que pensar que la colonoscopia del 2006, así como la sucesiva del 2010, se pautan en base a tales antecedentes familiares (el denominado *Síndrome de Lynch*), buscando el diagnóstico precoz de un posible cáncer de colon. Estos antecedentes familiares también motivaron que se solicitara interconsulta con la Unidad de Consejo Genético, a pesar de no ser procedente, puesto que este tipo de actuaciones se llevan a cabo en pacientes ya diagnosticados de cáncer, que no era el caso, independientemente de que existía un examen genético realizado a la hermana del reclamante, enferma de cáncer, con resultado negativo de las pruebas.

Sin embargo, la apreciación subjetiva de que el cáncer existía ya en el año 2006, creemos, tras el estudio ponderado de todo el expediente, que carece de fundamento y rigor científico.

El que la primera colonoscopia, la practicada en 2006, fuera incompleta es una afirmación de parte, inducida quizás por su perito, que desvirtúa la fundada argumentación del informe médico pericial que PROMEDE facilita a la Aseguradora del SERIS.

Aquella colonoscopia fue informada de muy laboriosa y dolorosa, por angulaciones del colon, haciendo constar *“restos de heces sólidas en ascendente y ciego”*. El diagnóstico emitido fue de *“regular preparación, sin hallazgos endoscópicos”*.

Según dicho informe, a la vista de esta descripción, es evidente que el estudio colonoscópico fue completo, abarcando la totalidad del colon, desde el ano hasta el ciego. No puede, por tanto, afirmarse que la prueba fuera incorrectamente realizada, sin que pueda esgrimirse como prueba de un procedimiento inadecuado el que, cinco años después, se diagnosticara un cáncer cecal. El lapso de tiempo es suficiente para el desarrollo de un cáncer, desde una fase no diagnosticable (no visible mediante la endoscopia) hasta una fase muy avanzada, y no parece razonable decir ahora que el endoscopista que realizó el procedimiento estaba equivocado al afirmar que no existían hallazgos endoscópicos. La existencia de restos fecales sólidos en el ciego (que, por otra parte, indica más allá de toda duda que la endoscopia progresó hasta el ciego y, por tanto, fue completa) puede dificultar la exploración; pero, si el endoscopista consideró en aquel

momento que no había lesiones apreciables ha de prevalecer su criterio sobre el de cualquier otro profesional que analice *ex post* el caso, sin haber asistido a la exploración.

En el mismo sentido, el informe de la Inspección médica afirma que, en el año 2006, según colonoscopia realizada, el paciente estaba libre de enfermedad, no obstante se programa –siguiendo las recomendaciones en estos casos- una nueva colonoscopia en cinco años.

La segunda colonoscopia, realizada el 18 de marzo de 2010, sí se describe como incompleta, al ser imposible progresar más allá del ángulo esplénico del colon y, por tanto, sin poder explorarse el transversal, el ascendente y el ciego. En el segmento explorado, no se observaron lesiones, pero el carácter incompleto de la exploración hizo que el endoscopista, con buen criterio, recomendase que las siguientes exploraciones se realizasen bajo anestesia general.

Y, siguiendo este criterio, se propuso la realización de una colonoscopia bajo anestesia general que el paciente rechazó por referir miedo importante a perforación colónica, una de las complicaciones más graves del procedimiento. Ante la negativa del paciente, se sustituyó por un enema opaco, procedimiento alternativo más usado en la actualidad y que permitió visualizar la totalidad del colon, sin que se apreciaran imágenes sugestivas de tumor. No puede rechazarse que, a la sazón, ya existiese la patología tumoral, pero el hecho de que el enema opaco no permitiera diagnosticar el tumor no depende de una inadecuada realización de la técnica, sino de las propias limitaciones de la prueba en cuestión.

Si el tumor existía ya al tiempo de intentarse la segunda colonoscopia, su no detección no puede imputarse a la Sanidad pública, que propuso realizar otra bajo anestesia general, propuesta que el interesado, en legítimo ejercicio de su libre autonomía, rechazó.

En todo caso, es de destacar que, examinados con detalle todos los informes médicos, la sintomatología que refiere el paciente es sugerente de patología gastroesofágica y así continúa siéndolo en junio de 2011. Es en septiembre de este año 2011 cuando se advierte un cambio en el tipo de sintomatología, que pasa a ser gastrointestinal: dolor continuo centro-abdominal, con irradiación a fosa ilíaca derecha, junto a discretos cambios en las características de las deposiciones (blandas, desestructuradas, sin sangre), con dolor a la palpación en la misma zona y sensación de presencia de tumoración. Ante estos cambios, se solicitó consulta anticipada a la revisión programada. Llevándose a cabo el 7 de octubre, se decide ingreso hospitalario, para realización de una serie de pruebas, la colonoscopia con anestesia general entre ellas, y se diagnostica “*adenocarcinoma de ciego*”. El 25 de octubre, se le interviene, realizando

hemicolectomía con anastomosis ileocólica latero-lateral mecánica y exéresis de cadena ganglionar.

La actuación de los Servicios médicos puede ser calificada de ágil y eficaz y, tras la detección y correcto diagnóstico del cáncer, el tratamiento quirúrgico y postquirúrgico es correcto, no siendo cuestionado por el interesado, cuya reclamación se funda exclusivamente, partiendo del hecho, improbadamente e indemostrable, de que la patología tumoral existía ya en 2006, en la existencia de un diagnóstico tardío que hizo más difícil el tratamiento y recuperación posterior.

Destaca también el informe de la Inspección médica otras afirmaciones, del reclamante o de su pericia, que no se corresponden con la realidad acreditada. Así, la referencia a la consulta privada que, según el escrito de interposición, permitió el diagnóstico correcto. Ni en dicho escrito, ni en la documentación acompañada, ni en la pericia aportada, ni en la historia clínica, se puede encontrar anotación o informe médico al respecto. Y, en otro orden de cosas, la referencia continúa al estadio del proceso cancerígeno como *Estadio IV*, que no se corresponde con la situación del paciente, ya suficientemente complicada. El *estadio IV* requiere de la existencia de metástasis a distancia, que no se presentaron en el presente caso. Es más, en las últimas exploraciones realizadas al paciente, se indica que se encuentra libre de enfermedad y sin signos de extensión de la misma.

La única posibilidad es la de que el tumor existiera ya en 2010, al tiempo de intentarse la segunda colonoscopia, posibilidad que no se rechaza, pero, de ser así, la falta de diagnóstico precoz será imputable al propio interesado, que rechazó la realización de nueva colonoscopia bajo anestesia general.

A la vista de las anteriores consideraciones, hemos de concluir que los profesionales actuaron, en todo momento, conforme a la situación clínica y al resultado de las exploraciones complementarias realizadas.

La gravedad de los padecimientos del reclamante, así como sus condicionantes futuros, todo ello muy de lamentar, no es suficiente para afirmar que la asistencia prestada haya sido incorrecta, toda vez que, como hemos repetido hasta la saciedad y volvemos a reiterar en este mismo dictamen, la obligación a cargo de los Servicios públicos de salud es de medios y no de resultado.

En definitiva, no hay prueba alguna de que ninguno de cuantos Facultativos atendieron al paciente en el transcurso de su largo proceso asistencial incurriera en mala praxis alguna.

CONCLUSION

Unica

Procede desestimar la reclamación planteada, al no ser imputable el daño cuya indemnización se solicita a los Servicios públicos sanitarios, cuya actuación se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero