

En Logroño, a 8 de septiembre de 2008, 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, siendo ponente D. José M^a Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

110/08

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. G. T. y D. J., D. M., D. J. L. y D. P. V. G., por el fallecimiento de su hijo y hermano, D. M. V. G., como consecuencia de la asistencia prestada al mismo.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

En fecha 11 de julio de 2007, los reclamantes, presentan ante la Junta de Castilla y León escrito de reclamación frente al Servicio Riojano de Salud, en solicitud de responsabilidad patrimonial, por importe de 450.000 €, por el fallecimiento de su hijo y hermano, respectivamente, en el que se hace constar el siguiente relato de hechos:

-El día 5 de octubre de 1999, D. M. acudió al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario *San Millán San Pedro* de Logroño, por presentar trastornos gástricos y náuseas, siendo diagnosticado de un posible hemangioma hepático de unos 17 mm. Con este diagnóstico, acudió a su Médico de cabecera, para valoración y posteriores controles. Nunca se indicó por parte del Médico la realización de ninguna revisión posterior en dicho sentido.

-El día 18 de febrero de 2003, D. M. acudió al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalaria *San Millán-San Pedro* con molestias en el oído derecho de 15 días de evolución, que irradia hacia la mandíbula, donde se le diagnosticó *otitis serosa*, indicándole acudir a su Médico de cabecera para valoración.

-Por esas mismas fechas, D. M. comenzó a padecer molestias gástricas, acudiendo el día 25 de febrero de 2003 a la consulta de su Médico, aportando el informe de la ecografía realizada en octubre

de 1999. Su Médico de cabecera derivó al paciente al Servicio de Radiodiagnóstico para la realización de una nueva ecografía del aparato digestivo, gastroscopia y biopsia. Además, se realizaron analíticas, con resultados dentro de la normalidad excepto por la ferritina.

-El día 21 de marzo de 2003, se le realizó ecografía del aparato digestivo.

-En fecha 22 de mayo de 2003, se informó del resultado con el siguiente diagnóstico: *Esofagitis moderada. Posible Barret. Hernia Hiato.*

-La biopsia se informó el día 29 de mayo de 2003, con diagnóstico de *Mucosa gástrica con inflamación crónica*. Se recoge la indicación de “valorar Barret”.

-Con los resultados anteriores, acudió a la consulta de su Médico de cabecera el día 4 de junio de 2003, para valoración y revisiones. D. M. preguntó a su Médico acerca de los diagnósticos arrojados por las pruebas que le habían sido realizadas, restándole importancia el Médico de cabecera. Le dio recomendaciones posturales y alimenticias, además de tratamiento farmacológico con un protector de estómago, por un período aproximado de un año.

-D. M. acudió regularmente a la consulta de su Médico de cabecera para recoger las recetas del fármaco *Omeprazol*. En ninguna de estas consultas se le indicó realizar nueva revisión, a pesar de referir la persistencia de las molestias gástricas.

-El día 15 de enero de 2004, tras haber pasado toda la tarde con graves molestias en el abdomen, acudió al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalaria *San Millán San Pedro*, portando cuantos informes anteriores tenía, tanto de diagnóstico como de consultas realizadas a su Médico de cabecera. Se le diagnosticó de *posible gastritis*, indicándole que debía comenzar con dieta líquida, y posteriormente dieta blanda, así como control por su Médico de cabecera.

-En fecha 25 de enero de 2006, acudió a su Médico por presentar molestias faringeadas al tragar, de tres semanas de evolución, agravándose progresivamente durante este período, presentando tos con flema difícil de sacar. También refirió molestias en zona latero cervical izquierda. Se le diagnosticó de *faringitis*, pautándole tratamiento farmacológico.

-El día 8 de febrero de 2006, nuevamente acudió a la consulta de su Médico de cabecera, pues sus molestias habían empeorado. Se derivó al paciente al Hospital para realizar analítica y RX de tórax. Los resultados de la analítica seguían mostrando un alto nivel de ferritina.

-El día 28 de febrero de 2006, acudió a la consulta de su Médico de cabecera, donde se le informó del siguiente diagnóstico: *Adenopatía en cuello parte lateral izquierda desde hace aproximadamente dos meses*. El paciente fue remitido al Servicio de Cirugía General.

-Fue recibido por el Servicio de Cirugía General el día 6 de marzo de 2006. Tras realizar ecografía cervical se le diagnosticó: “*Se visualizan al menos tres lesiones nodulares en la región latero-cervical izquierda, en la mitad inferior de la misma, en el trayecto de los grandes vasos, de 1,5 a 2 cms de diámetro mayor x 1 de diámetro menor. En el lado derecho, y asimismo por encima de la región supraclavicular, otros dos adenopatías homogéneas similares, en el trayecto de los vasos, una de 0,7 y la otra de 1,5 cms de diámetro mayor. Se recomienda estudio cervical mediante TC o en su*

caso RM con el fin de confirmar las imágenes descritas y de descartar la presencia de otras en áreas poco accesibles a la ecografía y en su caso en otras regiones anatómicas.

-Se derivó al paciente al Servicio de Otorrinolaringología, donde, el día 9 de marzo de 2006, se le realizó una citología mediante PAAF de adenopatía cervical, con el siguiente diagnóstico: *citología positiva para células tumorales. Compatible con carcinoma.*

-En fecha 22 de marzo de 2006, el Servicio de Digestivo informó del siguiente diagnóstico: *Probable tumor maligno esofágico. Hernia de hiato.*

-En la biopsia informada en fecha 23 de marzo de 2006, se diagnosticó: *Mucosa de tipo esofágico y de tipo glandular concordante con esófago de Barret infiltradas por adenocarcinoma, probablemente diferenciado. La forma de infiltración sugiere una extensión desde cardias.*

-Con este diagnóstico, D. M. acudió a la consulta de su Médico de cabecera, donde le recriminó que nunca le hubiera realizado ninguna prueba para descartar aquel diagnóstico de *posible Barret*, que hoy se había confirmado.

-El día 24 de marzo de 2006, D. M. acudió a la Clínica Universitaria de Navarra. Se le realizó analítica, TAC de abdomen y biopsia de lesión ganglionar supraclavicular, que confirmó la infiltración por adenocarcinoma, de probable origen digestivo. A la vista de los resultados de un tumor que presentaba amplia diseminación ganglionar, se le recomendó comenzar tratamiento de quimioterapia.

-D. M., con este diagnóstico, decidió trasladarse al domicilio de su familia en Aranda de Duero. Allí acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *General Yagüe* de Burgos, como al Centro de Atención Primaria.

-En fecha 24 de abril de 2006 se decidió estudio mediante TAC craneal, diagnosticándose: *Lesión compatible con metástasis a estudio.*

-En fecha 24 de abril de 2006, acudió a la Unidad de Oncología del Hospital General Yagüe de Burgos. En la Unidad de Oncología, se etiquetó la enfermedad de *esófago de Barret* como *estadio IV*. Por decisión personal de D. M., el tratamiento quimioterápico se realizaría en la Clínica Universitaria de Navarra.

-El 3 de mayo de 2006, D. M. acudió a la Clínica Universitaria de Navarra, D.de le informaron del juicio clínico: *Carcinoma de esófago con metástasis ganglionares y cerebrales*. Se le recomendó iniciar tratamiento de quimioterapia y de radioterapia holocraneal paliativa.

-En fecha 30 de mayo de 2006, presentó abundante derrame pericárdico y, tras consultar con el Departamento de Cardiología, se decidió realizar pericardiocentesis, ingresando el día 2 de junio de 2006.

-En fecha 30 de junio de 2006, la Clínica Universitaria de Navarra, emitió el siguiente juicio diagnóstico: *Adenocarcinoma de esófago metastático a nivel cerebral pulmonar, hepático y adenopático en tratamiento con quimioterapia. Última valoración radiológica revela respuesta de la enfermedad.*

-D. M. V. G. falleció en el Hospital *Santos Reyes* de Aranda de Duero el día 22 de julio de 2006.

Concluye la relación de los hechos afirmando que:

“Existió responsabilidad de la Administración Sanitaria, puesto que, existiendo una sospecha de la enfermedad conocida como “Esófago de Barret”, con la indicación expresa de su valoración, existe la probabilidad de malignización de dicha enfermedad, por lo que ésta debió ser considerada por los Facultativos que atendieron a D. M. V., siendo su deber facilitar los medios diagnósticos y terapéuticos para su curación. No se le puede privar al paciente de la posibilidad de obtener un resultado distinto al que finalmente acaeció”.

A su escrito inicial, los reclamantes adjuntan diversos informes Médicos relativos a las asistencias médicas referidas.

Segundo

Con fecha 8 de septiembre de 2007, se requiere a los firmantes del escrito inicial acreditar la relación de parentesco con el fallecido, lo que se lleva a efecto mediante escrito que tiene su entrada en la Oficina Auxiliar del Registro de la Consejería el 24 de septiembre al que se adjunta fotocopia compulsada del Libro de familia de los padres de los hermanos V. G.

Tercero

En fecha 25 de septiembre de 2007, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, nombrándose Instructora del mismo y facilitando diversa información sobre la tramitación del procedimiento a seguir.

Cuarto

Posteriormente, se remite copia de la reclamación a la Correduría de Seguros, a través de la cual se suscribe la póliza de responsabilidad civil y se solicita de la Gerencia del Área de Salud II cuantos antecedentes existan de la atención prestada a D. M. V. G., su historia clínica en lo que se refiera exclusivamente a la asistencia objeto de reclamación y, en particular, el informe de los Facultativos que la atendieron, así como la cumplimentación de los respectivos Partes de reclamación, constando en el expediente la documentación solicitada.

Quinto

En fecha 23 de enero de 2008, se emite el informe por la Inspectora D. A. G. R., cuyas conclusiones, son las siguientes:

1°.- Se trata de un paciente al que, en mayo año 2003, le diagnosticaron de un *posible Barret*, tras estudio esofagoscópico. En la exploración del esófago, se observó microscópicamente, por encima de transición, varias vetas enrojecidas, una más grande, que biopsiaron. El estudio histológico demostró que los fragmentos estudiados correspondían con una mucosa gástrica tapizada por un epitelio cilíndrico por debajo del cual existen glándulas tapizadas por el mismo epitelio. La lámina propia muestra un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario superior al habitual y algunos, aunque escasos, polinucleares neutrófilos. No se observa epitelio escamoso esofágico. diagnóstico: *Mucosa gástrica con inflamación crónica*:

2°.- El *esófago de Barret* consiste en la sustitución del epitelio escamoso normal del esófago por epitelio columnar metaplásico. Clásicamente se identifican tres tipos:

A. *Metaplasia tipo intestinal o epitelio columnar especializado*: con características de la mucosa gástrica y de la intestinal, que presenta células caliciformes entre las células cilíndricas.

B. *Metaplasia gástrica cardial o transicional*: con características de la mucosa del cardias gástrico, que exhibe acúmulos profundos de glándulas mucosas y criptas (no tiene células parietales).

C. *Metaplasia gástrica fúndica*: con características semejantes a la mucosa del cuerpo o fondo gástrico, presenta células parietales.

En la actualidad se considera a la metaplasia intestinal como la única que puede originar un aumento en el riesgo de neoplasia. De hecho, últimamente tiende a definirse el *esófago de Barret* como la presencia de mucosa columnar con metaplasia intestinal en el esófago inferior.

3°.- Según las pautas establecidas por el Servicio de Digestivo del Hospital *San Pedro*, los procesos con alto riesgo de neoplasia, entre otros, con el *esófago de Barret con metaplasia intestinal* en las biopsias y si no hay displasia, aconsejan control endoscópico y biopsia, cada 1-3 años.

4°.- Por lo tanto, a D. M. V. se le realizó el estudio adecuado a su patología de epigastralgia, es decir estudio esofagogastrópico. Al realizar este estudio, observaron una mucosa sugestiva de *esófago de Barret*, motivo por el cual le tomaron biopsia para estudio anatomopatológico. Los fragmentos estudiados demostraron la presencia de mucosa gástrica, sin signos de displasia, y, por lo tanto, no una metaplasia intestinal, que parece ser la única que puede malignizarse. A pesar de ello, su MAP le dio el tratamiento adecuado en estos casos y, según consta en la HC, le indica que habrá que hacer alguna revisión y que vuelva para nueva valoración. El paciente volvió a la consulta en varias fechas del año 2004 y, en enero de 2005, por otras patologías diferentes y, desde esta fecha, no hay constancia de que acudiera de nuevo a la consulta hasta enero de 2006, en que fue por una molestia faríngea que se demostró era provocada por una adenopatía con metástasis de un adenocarcinoma de tubo digestivo. Tras realizarle los estudios oportunos, el resultado histológico de la tumoración fue: *mucosa de tipo esofágico y de tipo glandular concordante con esófago de Barret, infiltrada por*

adenocarcinoma, pobremente diferenciado. La forma de infiltración sugiere una extensión desde cardias.

Sexto

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

- 1.- El diagnóstico de *esófago de Barret* es muy complicado.
- 2.- El riesgo de malignización de esta enfermedad es mucho menor de lo que se había pensado hasta hace unos años.
- 3.- La detección temprana de esta enfermedad es muy complicada y no disminuye la incidencia de la aparición de cáncer ni sirve para prevenirlo, ya que ninguno de los tratamientos conocidos es capaz de evitar la progresión de la lesión displásica a la cancerosa.
- 4.- Por tanto, la realización de endoscopias programadas no sirven para prevenir la aparición de los tumores ni para mejorar su pronóstico y solo sirven para incomodar al paciente y aumentar el riesgo de complicaciones de las que esta técnica no está exento.
- 5.- Cuando el tumor está lo suficientemente desarrollado para ser detectado con la endoscopia, el pronostico es malo y no se puede evitar su progresión.
- 6.- La actitud del Médico de cabecera fue la correcta, sin poderse evitar el desarrollo del tumor maligno.
- 7.- La actuación de los Médicos que actuaron en este caso se atuvo a la *lex artis ad hoc*.

Séptimo

El 30 de abril de 2008, se comunica a los reclamantes el trámite de audiencia del expediente, que es evacuado mediante escrito, que tiene su entrada en el Servicio Riojano de Salud el 22 de mayo, firmado, en nombre de los reclamantes, por el Letrado D. S. D. M., al que se adjunta poder para pleitos a su favor.

Octavo

El 14 de julio de 2008, se dicta Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación interpuesta, por considerar que no ha quedado acreditada la relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento de D. M. V. G., ni mala *praxis* por parte de los Facultativos del sistema público de salud de La Rioja,

Noveno

El 24 del mismo mes, se emite informe, por la Letrada de los Servicio Jurídicos de la Consejería, favorable a la Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 29 de julio de 2008, registrado de entrada en este Consejo el 31 de julio de 2008, 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 31 de julio de 2008, registrado de salida el 4 de agosto de 2008, 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.

El art. 11,g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, califica de preceptivo el dictamen en las reclamaciones que, en concepto de daños y

perjuicios, se formulen ante la Administración Pública, lo que igualmente reitera el artículo 12.g) de nuestro Reglamento Orgánico y Funcional, aprobado por Decreto 8/2002 de 24 de Enero, cuando la cuantía de las reclamaciones sea indeterminada o superior a 600 €.

Aplicando esta doctrina general al presente caso, nuestro dictamen, resulta ser 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.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPC), 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 de 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, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

La Propuesta de resolución desestima la reclamación interpuesta por considerar que el daño sufrido por el reclamante no resulta antijurídico, al haberse actuado en todo momento de acuerdo con la *lex artis ad hoc*, por lo que recae sobre el reclamante el deber jurídico de soportar el daño.

Con carácter previo, es necesario realizar unas precisiones a los anteriores pronunciamientos de la Propuesta de resolución pues este Consejo Consultivo se viene manifestando con reiteración acerca de que el requisito de la antijuridicidad del daño, no tiene un papel relevante en el ámbito de la responsabilidad sanitaria, pues no parece que exista base suficiente para afirmar, con carácter general, que el paciente tiene el deber jurídico de soportar el daño que le pueda producir un tratamiento médico o quirúrgico, que pueda resultar adecuado, considerado en sí mismo. Lo que mantenemos es que, en el caso de la asistencia sanitaria, el funcionamiento del servicio público consiste en el cumplimiento por parte de la Administración de un deber jurídico, previo e individualizado respecto de ese paciente, correlativo a su derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

En el caso sometido a nuestra consideración, la reclamación se sustenta, única y exclusivamente, en la existencia de relación de causalidad entre la defectuosa asistencia prestada al paciente, desgraciadamente fallecido, y el fatal desenlace, indicándose que el mismo presentaba la enfermedad denominada *esófago de Barret* ya en el año 2006, añadiendo incluso que la misma ya se padecía en enero del año 2004, lesión sobre la que se desarrolló un adenocarcinoma.

También se sugiere que la biopsia que se practicó al paciente y que tenía como objeto confirmar o descartar el citado *esófago de Barret*, no estuvo bien practicada, pues, si la toma no se hizo en el lugar adecuado, difícilmente podía llegarse al diagnóstico.

Sin embargo, tales afirmaciones, pese al indudable esfuerzo realizado tanto en el escrito inicial como en el que se presenta evacuando el trámite de audiencia, carecen del mínimo apoyo probatorio, siendo esta una cuestión que correspondía acreditar a quien predica la existencia de responsabilidad patrimonial, en aplicación de las reglas que rigen el *onus probandi*.

Es más, todos los informes periciales, a los que hemos de dar su valor, al no estar contradichos por otras pruebas, más allá de las meras suposiciones, lo que indican es que

el Sr. Valderrama recibió en todo momento el tratamiento adecuado a su patología y así se le realizó el estudio esofagogastrosκόpico. Al realizarle éste, se observó una mucosa sugestiva de *esófago de Barret*, motivo por el cual le tomaron la biopsia para estudio anatomopatológico. Los fragmentos estudiados demostraron la presencia de mucosa gástrica sin signos de displasia y por lo tanto no una metaplasia intestinal, que parece ser la única que puede malignizarse.

Su Médico de Atención Primaria le prescribió el tratamiento adecuado y según consta en la historia clínica, le indicó que debía realizarse alguna revisión. Y aquí es donde surge nuestra discrepancia con la Propuesta de resolución, que, en lo demás resulta modélica.

Se indica en la misma, que, siendo cierto que el paciente volvió a su Médico en varias fechas entre el año 2004 y 2005, pero siempre por otras patologías diferentes, sin que indicase nada al respecto de esa, ni pidiese nueva revisión. Sin embargo, entendemos que la realización de una nueva revisión vía endoscopia no era algo que tuviese que solicitar el propio paciente, sino que la misma tendría que haber venido indicada por quien trataba al paciente, pues se mantuvo el contacto con el mismo, y con mayor o menor incidencia, no puede negarse que existe cierta relación entre el *esófago de Barret* y su evolución hacia un proceso cancerígeno.

Sin perjuicio de las manifestaciones realizadas por los reclamantes indicando que la biopsia no se llevó a cabo de manera adecuada, algo que no deja de ser una manifestación de parte que no ha sido acreditada en ningún momento, y sin perjuicio de que se desconozca cual hubiese sido la evolución de la enfermedad o si se hubiese producido de igual forma el fatal desenlace, lo cierto es que el hecho de no haberse llevado a cabo ese posterior control nos lleva a considerar que nos encontramos ante un caso de lo que en otros dictámenes hemos denominado supuestos de pérdida de oportunidad, a los que alude la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 14 de noviembre de 2006 como aquellos en los que el daño lo constituye la pérdida de la oportunidad de curación, o de la prolongación de la vida perdida.

Entendemos, que, con los datos existentes en el expediente, procede estimar la reclamación interpuesta por considerar que la no realización de alguna comprobación posterior produjo un daño, viniendo representado el mismo por esa pérdida de oportunidad, representada por la posibilidad, si no de haberse curado, al menos de haber prolongado su vida o que el último periodo de la misma no fuese un continuo peregrinaje por Centros hospitalarios.

En cuanto al importe de la indemnización, no podemos, en modo alguno, estimar la pretensión de los reclamantes, que tampoco han acreditado sus relaciones personales con el fallecido, más allá de su relación de parentesco. Por ello, entendemos que procede fijar

una indemnización, a favor de cada uno de los hermanos por importe de 6.000 €; y a favor de la madre, por importe de 20.000 €, atendiendo, por una parte a la lógica incertidumbre y desasosiego que tuvieron que sufrir con el último periodo de la enfermedad de su hermano e hijo; y compensando también, de alguna forma, el desembolso que se tuvo que realizar para acudir a Centros médicos privados.

CONCLUSIONES

Primera

A juicio de este Consejo Consultivo, procede estimar la reclamación interpuesta por el fallecimiento de D. M. V. G.

Segunda

En cuanto al importe de la indemnización a percibir, fijamos la cantidad de 6.000 €, a favor de cada uno de los hermanos V. G., y 20.000 €, a favor de la madre del fallecido, D. J. G. T..

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