

En Logroño, el 10 de julio de 2025, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; y de las Consejeras, D.^a Amelia Pascual Medrano, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta y D.^a M.^a Belén Revilla Grande; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco; y siendo ponente D.^a M.^a Belén Revilla Grande, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

50/25

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud y Políticas Sociales en relación con la *Responsabilidad Patrimonial sanitaria por mala praxis en la realización de una colonoscopia, que produjo una perforación intestinal (151.695,21euros)*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

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

Primero

Mediante escrito fechado el 4 de octubre de 2024 y sellado de entrada de Registro electrónico del Gobierno de La Rioja el 11 de octubre de 2024, la paciente, presentó reclamación en la que expuso:

- 1.- La reclamante acudió el día 31 de enero de 2023 para que se le realizase en el Hospital San Pedro una colonoscopia para la extirpación de unos pólipos. Ese mismo día comenzó a sufrir fuertes dolores intestinales, que se prolongaron al día siguiente, viéndose obligada a acudir nuevamente al Hospital, donde fue operada de urgencia, realizándosele una colostomía lateral. La causa de la necesidad de la realización de esta intervención quirúrgica de urgencia fue que, por *mala praxis*, impericia, o error, el personal sanitario encargado de la colonoscopia había perforado el intestino.
- 2.- La paciente quedó con una colostomía, quedando ingresada durante diez días, si bien debió reingresar por molestias derivadas de dicha colostomía el día 8 de marzo de 2023 y nuevamente el día 21 de julio de 2023.

3.-El día 16 de octubre de 2023, se procedió por la sanidad pública a una nueva intervención quirúrgica para el cierre de la colostomía, si bien la misma no resultó exitosa, produciéndose una dehiscencia del cierre, quedando expuestos los tejidos y órganos internos. Esto es, se produce una nueva intervención quirúrgica defectuosa que no da solución al problema de la paciente.

4.- El día 25 de octubre de 2023 se practicó una nueva intervención quirúrgica para volver a sacar el intestino y volver a colocar la bolsa, quedando la paciente nuevamente con la colostomía y la bolsa de las heces.

5.- El 9 de febrero de 2024 se volvió a intervenir a la paciente para efectuar la reconstrucción del tránsito intestinal.

6.- No ha podido trabajar desde el día 31 de enero de 2023 hasta el día 27 de agosto de 2024, fecha en la que el Equipo de Valoración de incapacidades, en reunión de fecha 27 de agosto de 2024 dictaminó su reincorporación al trabajo.

7.- Indica que va a proceder a reclamar judicialmente una declaración de Incapacidad Permanente por lo que se reserva las acciones pertinentes que puedan corresponderle para la *“reclamación que, en su caso, se pueda derivar del reconocimiento de una invalidez para la reclamante en caso de que prospere su demanda”*.

8.- Justifica su reclamación en que la *“la mala praxis y el nexo causal de la misma con las graves lesiones sufridas por la paciente, debemos considerar la existencia de una cadena de errores que se inician en el momento de la primera colonoscopia, y que dan lugar a una secuencia de hasta cuatro intervenciones quirúrgicas, todas las cuales han resultado insatisfactorias”*.

9.- Cuantifica su reclamación en concepto de daños y perjuicios, en la suma de 151.695,21 euros, por los siguientes conceptos: i) 7.976,77 euros por las cuatro intervenciones quirúrgicas graves a las que se vio sometida; ii) 36.879,50 euros por los 574 días de curación considerados de perjuicio moderado; iii) 53.419,47 euros por las secuelas; y iv) 53.419,47 euros por perjuicio estético.

10.- Junto a la reclamación aporta historia clínica resumida, informes médicos, partes médicos de Incapacidad Temporal e informe del E.V.I. de no calificación de la trabajadora como incapacitada que sustenta la resolución denegatoria del INSS con efectos del día 27 de agosto de 2024.

Segundo

El 14 de octubre de 2024, el Sr. Secretario General Técnico de la Consejería consultante dicta Resolución por la que tiene iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del expediente.

Tercero

1. Mediante escrito de 15 de octubre de 2024, el Sr. Instructor del expediente comunica a la reclamante el nombramiento y diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

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

3. Igualmente se comunica a la aseguradora del SERIS la iniciación del expediente.

Cuarto

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

- i) Copia de la historia clínica a la que se le incorporan determinados informes.
- ii) Consentimiento informado de 10-1-2023 sobre “*Colonoscopia y en su caso Polipectomía*”.
- iii) Consentimiento informado con fecha 2-2-2023 y 25-10-2023 sobre “*Anestesia general y Locorregional*” y sobre cirugía de urgencias en la misma fecha con ocasión de “*perforación tras realización de colonoscopia y extirpación de pólipos-abdomen agudo -peritonitis*”, informando de riesgos generales y específicos.
- iv) Consentimiento informado con fecha 19/4/202 sobre intervención quirúrgica, cuyo objeto es “*reconstruir la continuidad del tubo digestivo cerrando el ano artificial*”.
- v) Consentimiento informado con fecha 25/10/2023 sobre intervención quirúrgica, cuyo objeto es “*Fístula*”.

Quinto

Con fecha 29 de mayo de 2024, el Facultativo Especialista del Área de Servicio Digestivo quien realizó la colonoscopia, indica que la paciente presentó previamente a la realización de la prueba el consentimiento informado que consta unido al informe que incluye en la “*página 1 las explicaciones en qué consiste la prueba, cómo se realiza y sus posibles complicaciones, entre las que se incluye la perforación y en la 2 la firma del consentimiento*”.

En el informe referido el facultativo indica que:

“la colonoscopia es un procedimiento invasivo que conlleva unos riesgos, entre ellos la perforación. Dicho riesgo de perforación aumenta cuando se realizan procedimientos terapéuticos tales como polipectomía. Según consta en el informe de la colonoscopia que se le realizó el día 31 de enero de 2023 (Anexo 4), a la reclamante se le resecaron 4 pólipos. El riesgo de perforación de la colonoscopia y, el aumento de riesgo de perforación si se realiza polipectomía, viene explicado en el Consentimiento Informado que se le entregó en Urgencias el día 6 de enero (Anexo 2) y que la reclamante firmó, como consta en la digitalización del Consentimiento Informado firmado (Anexo 3). En ocasiones, las

complicaciones de las pruebas endoscópicas, sobre todo si se ha realizado procedimientos terapéuticos, en este caso colonoscopia con polipectomía, se demoran unas horas o días a la realización de la prueba, como fue el caso de la reclamante que presentó una perforación diferida. Por ello, a todos los pacientes que se les realiza colonoscopia con polipectomía se les da por parte de enfermería, unas recomendaciones específicas escritas (Anexo 6) de que, si presentan dolor abdominal, fiebre o sangre abundantes acudan a urgencias para poder descartar complicaciones y poderlas atender lo antes posible.

Así fue como ocurrió a la reclamante, que acudió a urgencias por presentar dolor abdominal, se diagnosticó de perforación de colon y se intervino de forma urgente evitando complicaciones más graves”.

Sexto

Consta informe del FEA de Cirugía General y Aparato Digestivo del HSP que el día 25/10/2024 realizó una revisión quirúrgica “tipo Hartman” para “Liberación de colostomía. Resección de colostomía. Cierre de muñón sigmoideo con echelon 60 azul. Exteriorización de muñón descendente. Colostomía terminal. Se marca muñón sigmoideo con prolene”.

Séptimo

Según informe del FEA de Cirugía General y del Aparato Digestivo de 15 de noviembre de 2024, la paciente fue atendida de Urgencias el día 02/02/2023 por presentar cuadro de abdomen agudo con sospecha de perforación de colon. Antecedente de realización de colonoscopia con extirpación de pólipos el día 31/01/2023. La paciente es informada “aceptando el procedimiento de urgencia y firmando el consentimiento”, dicha cirugía de urgencia se realiza el día 02/02/2023, en la que se diagnostica “Peritonitis fecaloidea en los cuatro cuadrantes con asas de intestino Delgado dilatadas con fibrina. Perforación en colon descendente de aproximadamente dos centímetros que se exterioriza como colostomía de descarga. Se recogen cultivos microbiológicos y se realizan exhaustivos lavados, colocando drenaje tipo Penrose en la cavidad abdominal”.

La paciente ingresó y se operó de forma programada para reconstrucción del tránsito intestinal el 16/10/2023 de la que fue informada, firmando el consentimiento.

Nueva cirugía de urgencia el 25/10/2023 por “por drenaje entérico a través de la antigua herida quirúrgica” “La paciente acepta el procedimiento de urgencia firmando el consentimiento”. La paciente ingresó y se operó para reconstrucción del tránsito intestinal el 09/02/2024.

Octavo

Seguidamente, consta en el expediente el informe de la aseguradora del SERIS, emitido por *CRITERIA* y, en particular, por una doctora especialista en Aparato Digestivo, quien, tras un detallado examen de la asistencia dispensada a la paciente, entre otras, establece las siguientes consideraciones: i) respecto a la complicación surgida tras la realización de la prueba afirma: *“En ocasiones, la perforación colónica puede presentarse de forma tardía. Presentado los síntomas a las horas de finalizar el procedimiento, por eso se aportan las recomendaciones tras colonoscopia ya comentados previamente. Tal y como sucedió en este caso. Dado las condiciones de la paciente, realizar un tratamiento quirúrgico fue lo más adecuado”*, y, ii) respecto al consentimiento informado: *“He evaluado el consentimiento informado aportado cuando se solicitó la colonoscopia, y he comprobado que se explica adecuadamente los riesgos, **incluyendo la perforación colónica**. Dicho informe, aparece firmado por la paciente y el médico. Por lo que considero que la paciente conocía los riesgos de la exploración endoscópica a la que se sometió el día 31 de enero de 2023”*.

Noveno

Consta después en el expediente el informe de la Inspección médica, de 31/10/2024, quien después de realizar una descripción de los hechos acaecidos, sitúa como uno de los tres riesgos propios de la colonoscopia la perforación concluye: *“Las complicaciones observadas pueden considerarse como eventos adversos imprevisibles, propios de los procedimientos y que forman parte de los riesgos de dichas intervenciones, pudiendo ocurrir complicaciones en ausencia de factores de riesgo o de errores técnicos, y estando recogidas dichas complicaciones en los consentimientos informados firmados por la paciente y dentro de la bibliografía clínica de la patología tratada”*.

Décimo

1. Concluida la fase de instrucción, se concedió trámite de audiencia a la reclamante, mediante escrito de fecha 02/04/2025 y con acuse de recibo el 23/04/2025.

2. Con fecha 30 de abril de 2025, presenta alegaciones que se limitan a reproducir su reclamación inicial.

Undécimo

En fecha 23 de mayo de 2025, se formula la Propuesta de resolución en el sentido que se desestime la reclamación pues *“el daño alegado, cuya reparación se solicita, no puede ser puesto a cargo del funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”*.

Duodécimo

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el día 26 de mayo de 2025, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 13 de mayo de 2025.

Decimotercero

El transcurso de seis meses, desde el inicio del procedimiento (11 de octubre de 2024) sin que haya recaído resolución expresa puede entenderse como contraria a la indemnización solicitada (artículo 91.3º de la LPACAP [Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas]).

En el presente caso, la petición de dictamen a este Consejo se formuló una vez expirado tal plazo de seis meses, sin embargo, no hay vinculación alguna con el sentido desestimatorio por silencio, de suerte que la resolución final del procedimiento puede ser estimatoria, total o parcial, o desestimatoria (art. 24.3 LPACAP).

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 06/06/2025, registrado de entrada en este Consejo el día 10/06/2025, la Consejería de Salud y Políticas Sociales, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 10/06/2024, 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

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

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

La reclamante interesa una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 151.695,21 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR; y, ii) el art. 81.2 de la LPACAP; preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPACAP, el mismo ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la LPACAP, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

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

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LRJSP y 65, 67, 81, 91.2 LPACAP) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la

actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

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

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

Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de la Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, ECLI:ES:TS:2005:2943, en su FJ 4º, que: “*...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar», debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*”.

Adicionalmente, según ha reiterado este Consejo en buen número de dictámenes, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, recae sobre el reclamante la obligación de probar los hechos sobre los que fundamenta sus pretensiones indemnizatorias, sin que

sirvan las meras manifestaciones de parte. En este sentido se pronuncia, entre otras, la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja, de 12 de septiembre, ECLI:ES:TSJLR:2008:292, que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que:

“en aplicación de la remisión normativa establecida en los artículos 74.4 y Disposición Adicional Sexta de la Ley Jurisdiccional de 1956 (artículo 60.4 de la vigente Ley 29/1998, de 13 de julio), rige en el proceso contencioso-administrativo el principio general, inferido del artículo 1.214 del Código Civil, que atribuye la carga de la prueba a aquél que sostiene el hecho (Semper necesitas probandi incumbit illi qui agit) así como los principios consecuentes recogidos en los brocardos que atribuyen la carga de la prueba a la parte que afirma, no a la y que niega (ei incumbit probatio qui dicit non qui negat) y que excluye de la necesidad de probar los hechos notorios (notoria non egent probatione) y los hechos negativos (negativa non sunt probanda).

En cuya virtud, este Tribunal, en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso Administrativo del T.S. de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1.986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998). Ello, sin perjuicio de que la regla pueda identificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación de la otra (Sentencias TS (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 y 2 de noviembre de 1992, entre otras).

En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuricidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración”.

Esta doctrina, sin embargo, se es aplicable en el caso del consentimiento informado, ya que la jurisprudencia exige que la Administración acredite la existencia y suficiencia del consentimiento, invirtiendo la carga de la prueba, “*corresponde a la Administración demostrar que la paciente fue informada de los riesgos de la operación (hecho positivo) y no a la paciente probar que la Administración no le facilitó esa información (hecho negativo)*” Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de junio de 1999 (ECLI:ES:TS:1999:4607).

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. En el presente supuesto, la reclamante afirma que “*en cuanto a la mala praxis y el nexo causal de la misma con las graves lesiones sufridas por la paciente, debemos considerar la existencia de una cadena de errores que se inician en el momento de la*

primera colonoscopia, y que dan lugar a una secuencia de hasta cuatro intervenciones quirúrgicas, todas las cuales han resultado insatisfactorias” y que “el haber tenido que someterse a cuatro intervenciones quirúrgicas graves, se produce como consecuencia de una colonoscopia mal efectuada, en la que se le perfora el intestino”.

Sin embargo, en todos los informes aportados por la administración sanitaria, tanto de los médicos del HSP que en uno u otro momento intervinieron en el proceso sufrido por la reclamante, como en el informe pericial de *CRITERIA* aportado por la aseguradora del SERIS, como en el informe de la Inspección Médica, no se puede deducir que haya habido “*mala praxis*” en ningún momento, ya que la perforación colónica, según el informe pericial de *CRITERIA* “*es una complicación poco frecuente pero reconocida en la realización de colonoscopias, la incidencia aumenta ligeramente en procedimientos terapéuticos como la polipectomía*”. Respecto al caso concreto dice el informe que “*El día 31 de enero de 2023 a la paciente se realiza la colonoscopia con sedación profunda con Propofol, presentando buena preparación colónica (Boston 9). Se alcanza el ciego y en retirada, se resecan 4 pólipos, todos ellos menores de 1 cm. En el informe no se describen complicaciones a término. Tampoco se refleja en el informe posterior de enfermería. Tras la colonoscopia, la paciente pasa a control de enfermería para recuperación, siendo dada de alta sin dolor abdominal y tras entregar recomendaciones tras colonoscopia con polipectomía, donde se especifica: 2. Si presenta dolor abdominal, fiebre o sangre abundante en las heces acudirá a urgencias. En ocasiones, la perforación colónica puede presentarse de forma tardía, presentando los síntomas a las horas de finalizar el procedimiento, por eso se aportan las recomendaciones tras colonoscopia ya comentados previamente.*” Y así sucedió en el caso concreto. La complicación posible, aunque infrecuente, sucedió en este caso.

Las conclusiones son rotundas:

- “3. El procedimiento fue realizado siguiendo las recomendaciones y estándares técnicos, tal y como se evidencia en el informe de la colonoscopia, por lo que corroboro la adecuación de la técnica empleada.*
- 4. La complicación observada puede considerarse como un evento adverso imprevisible, inherente al procedimiento, y que forma parte de los riesgos aceptados según las guías internacionales.*
- 5. Creo que la perforación colónica tras la colonoscopia con polipectomía fue una complicación fortuita con manejo adecuado. Lamentablemente, la perforación colónica puede ocurrir incluso en ausencia de factores de riesgo evidentes o errores técnicos”.*

Si la reclamante alega “*mala praxis*” como determinante de la responsabilidad de la administración sanitaria, en cualquier caso, debió probarla ya que la carga de la prueba le incumbe como hemos indicado en el FJ Segundo del presente dictamen.

2. Queda por analizar, por incumbir la prueba a la administración, si el consentimiento informado fue adecuadamente prestado.

Respecto al consentimiento informado, hemos de recordar lo ya manifestado en otros dictámenes (como el D.40/15, entre otros), a propósito de esta figura como criterio negativo de imputación objetiva, que supone la no existencia de responsabilidad patrimonial, cuando el paciente ha sido informado de los riesgos que presenta el tratamiento o la intervención que se propone y luego presta su consentimiento a estos, si, finalmente, un daño de cuya eventual producción fue informado, se produce efectivamente.

El consentimiento informado venía ya regulado en el artículo 10.5 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, ahora derogado y sustituido por el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y, por lo que afecta a esta Comunidad Autónoma, por la Ley riojana 2/2002 de 17 de abril, que también regula el derecho del paciente a ser informado sobre el estado de su salud. Actualmente dicha información es necesaria para toda actuación en el ámbito de la sanidad, comprendiendo, por lo tanto, toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. El paciente tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Este criterio tiene su génesis en el Derecho privado y equivale a una cláusula voluntaria y genérica de exoneración de responsabilidad, aceptada por el paciente.

El mismo significado ha de otorgarse al consentimiento informado en el marco de la responsabilidad patrimonial. En este campo el presupuesto de este criterio es el de la existencia de una obligación prestacional, (que aquí no deriva de un contrato sino de una relación jurídico pública) y equivale a una cláusula voluntaria y genérica de exoneración de dicha responsabilidad por la cual el paciente asume los riesgos típicos de los que fue informado, de modo que, entonces, ha de entenderse que éste tiene el deber jurídico de soportar el daño en materia de responsabilidad sanitaria de la Administración (o, como hemos señalado en otros dictámenes, la imposibilidad de imputar a la Administración el daño producido). Esta cláusula tiene mayor alcance práctico que en el derecho privado, porque la Administración no responde por culpa, sino objetivamente y, entonces, si no fuera por ella, debería responder incluso habiendo cumplimiento escrupuloso de su obligación prestacional que, en todo caso, es de medios y de no resultado.

Al hilo de lo anterior, y por lo que se refiere al presente caso, resulta indiscutible que la paciente prestó su consentimiento y fue informado para la *colonoscopia (y en su caso polipectomía)* que se le practicó el día 31 de enero de 2023 en la que expresamente se encuentra recogido el riesgo de perforación, así como el hecho de que *“una complicación es más probable cuando se realiza alguna medida terapéutica o si existe alteración en el colon”*.

También en este caso, el informe médico de *CRITERIA* evalúa, en sus conclusiones, la corrección del procedimiento, cuyo criterio este Consejo comparte:

“1. El consentimiento informado es un documento que sustenta el derecho de todo paciente a recibir una información completa, inteligible y adecuada del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone realiza. En este caso, el consentimiento informado consta entregado y firmado previo al procedimiento (6 enero 2023). Por lo que concluyo que la paciente conocía los posibles riesgos de realizar una colonoscopia.

2. Incluso bajo las condiciones ideales, la perforación colónica es una complicación descrita en la literatura médica como un riesgo inherente, aunque poco frecuente, asociada a la colonoscopia y la polipectomía”.

Por todo lo expuesto anteriormente, la conclusión de todos los informes contenidos en el expediente señalan que la asistencia prestada ha sido adecuada y conforme a la *lex artis* en cada momento además de que fue correctamente cumplido el trámite previo y preceptivo del otorgamiento de consentimiento informado.

3. Criterio del Consejo

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

CONCLUSIÓN

Única

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

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



CONSEJO CONSULTIVO
DE
LA RIOJA

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO DE LA RIOJA