



En Logroño, el 7 de abril de 2026, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz; de las Consejeras, D.^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta, D.^a M.^a Belén Revilla Grande y D.^a M.^a Concepción Arruga Segura; del Consejero, D. Adolfo Alonso de Leonardo-Conde; y del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, siendo ponente D. José Ignacio Pérez Sáenz, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

30/26

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. 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 (300.000 euros)*.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

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

Primero

1. Mediante escrito fechado el 10 de junio de 2025, y con registro del día 12 del mismo mes y año, el reclamante, expuso los siguientes hechos manuscritamente:

“Que, tras realización de colonoscopia, en fecha 12/6/24, en el Hospital San Pedro, tuve que acudir, en fecha 14/6/24, por dolores anormales.

Que, finalmente, el 15/6/24, tuve que ser operado de urgencia cuyo diagnóstico fue perforación tras colonoscopia, con resultado de colostomía lateral, mandándome a casa 21/6/24.

*Que, a fecha y hora, como resultado de la **falta de diligencia debida**, estoy de baja y con un pronóstico de, al menos, 6 meses que, nuevamente he sido ingresado para drenaje y lavados.*

Que se adjuntan informes médicos de su centro hospitalario de donde se desprenden días hospitalarios, días de perjuicio muy grave, grave, moderado y básico.

Que, como consecuencia de ello, he asistido a terapia”.

2. A su reclamación, el interesado acompañó la documentación que estimó conveniente, consistente fundamentalmente en informes del Servicio Riojano de Salud.

3. Solicita, se dicte resolución por la que se reconozca su derecho a ser indemnizado en concepto de daños y perjuicios con la cantidad de 300.000 euros, sin desglose alguno.

Segundo

El 20 de junio de 2025, la Secretaría General Técnica 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 20 de junio de 2025, y con Registro de salida del mismo día, el Sr. Instructor del expediente comunica al reclamante el nombramiento y diversa información relativa a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial. Constan acuses de recibo de fecha 10/07/25, 05/08/25 y finalmente 03/09/25.

2. Ese mismo día 20 de junio de 2025, el instructor dirigió escrito a la Dirección del Área de Salud de La Rioja Hospital San Pedro, para que remitiera todos los antecedentes y datos existentes relativos a la atención prestada al 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 e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión del reclamante.

Cuarto

Con fecha 23 de julio de 2025 se remite por la citada Área de Salud del Hospital San Pedro (HSP), la siguiente documentación que obra en el expediente:

1. Historia clínica del paciente del Hospital Universitario San Pedro de Logroño.

2. Informes de los siguientes profesionales:

a) Informe médico emitido por facultativo especialista de Área del Servicio Digestivo, de fecha de 15 de julio de 2025.

En el mencionado documento se realiza un resumen de la atención cursada por el Servicio, estableciendo las siguientes consideraciones:



“El día 20 de febrero de 2024 su médico de cabecera, la doctora [...], solicitó una colonoscopia con el siguiente motivo que transcribo: «Dos episodios de rectorragia el último año. Astenia, ferropenia, alternancia del ritmo intestinal y SOH positivo». En dicha petición de colonoscopia escrita en Selene consta que se entregó Consentimiento Informado, así como la preparación para dicha colonoscopia.

El consentimiento informado de la colonoscopia incluye en la 12 página las explicaciones en qué consiste la 'prueba, cómo se realiza y sus posibles complicaciones, entre las que se incluye la perforación, una de las complicaciones que presentó el reclamante en la colonoscopia, motivo de la reclamación. En la 22 página del consentimiento figura la firma del consentimiento y en las últimas 2 páginas del consentimiento informado se explica la preparación de la prueba.

Dicho documento de consentimiento informado, debe de ser traído firmado por el paciente el día de la prueba, como así fue, documento recogido en Anexo 1.

Ese mismo día, 20 de febrero, yo el doctor [...] valoré telemáticamente la solicitud de petición de Colonoscopia e indiqué citar la colonoscopia, como es el proceder habitual, escribiendo en historia electrónica de Selene una nota para el servicio de Admisión.

Se citó la colonoscopia para el día 12 de enero. Como se hace de forma habitual en cada colonoscopia, se constató que el paciente, en este caso [...] tenía el consentimiento informado firmado, el cual se recogió por el personal de enfermería para archivar en la historia de la paciente (Anexo 1).

La colonoscopia fue realizada por mí, [...], Facultativo Especialista de Área del Servicio de Digestivo, el día 12 de junio.

Según consta en el informe de la colonoscopia realizada (Anexo 2), del cual transcribo lo más relevante: «En sigma, entre 20 y 25 cm. se resecan 2 pólipos de 0,5 cm, patrón uniforme NICE 2. Algunos pequeños divertículos en sigma». No consta que hubiera complicaciones durante la exploración de la colonoscopia, y tampoco que fuera necesario la administración de medicación analgésica, tal como se registró en el formulario de enfermería de endoscopias (Anexo 3).

Tras la exploración, como es habitual, el paciente pasó a la Sala de Camas, que es una sala para la recuperación de la paciente de la sedación administrada, en este caso fue propofol. No consta que hubiera complicaciones durante su estancia en la Sala de Camas, que suele ser aproximadamente de unos 30 minutos, como se reflejó en el formulario de enfermería de endoscopias (Anexo 3). Al alta de la Sala de Camas, la enfermera de dicha sala, como se hace en todos los casos, le dio al reclamante unas explicaciones y un informe de recomendaciones tras colonoscopia con sedación y polipectomía, que se encuentra en la historia informatizada de Selene del reclamante, donde se detallan unas recomendaciones de dieta y unas normas de actuación por si aparecieran síntomas de alerta que nos hicieran sospechar de complicaciones (Anexo 4).

El reclamante acudió a Urgencias del CARPA el día 13 de junio por dolor abdominal y tras su valoración, se remitió en ambulancia a Urgencias de Hospital de San Pedro. Se adjunta informe completo del informe de Urgencias de CARPA (Anexo 5).

Fue valorado en la noche del día 13 al 14 de junio en urgencias del Hospital de San Pedro diagnosticándose de perforación de colon en TAC abdominal. Como consta en informe de alta de Urgencias (Anexo 6) que transcribo: «Tras resultados, se avisa a Cirugía General, quien ingresa a su cargo». Como se refleja también en el Informe de Urgencias de San Pedro en la Valoración por Cirugía

General que transcribo: «Ingreso a cargo de Cirugía General para control evolutivo y tratamiento».

La evolución del paciente en la planta de Cirugía no fue adecuada y se procedió a la intervención quirúrgica urgente el día 15 de junio (Anexo 7).

La colonoscopia es un procedimiento invasivo que conlleva unos riesgos, entre ellos la perforación. Dicho riesgo de perforación aumenta cuando se realiza procedimientos terapéuticos tales como polipectomía. Según consta en el informe de la colonoscopia que se le realizó el día 12 de junio de 2024 (Anexo 2), al reclamante se le resecaron 2 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 (Anexo 1) que el reclamante firmó y entregó el día de la colonoscopia.

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 de unas 24 horas.

Por ello, como a todos los pacientes que se les realiza colonoscopia con polipectomía, al reclamante se le dio por parte de enfermería unas recomendaciones específicas escritas, impreso recogido en historia digitalizada del paciente, Anexo 4, qué, 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 al reclamante, que acudió por presentar dolor abdominal a urgencias de CARPA, desde allí se trasladó a Urgencias de Hospital de San Pedro y se le diagnosticó de forma precoz de perforación de colon, se le ingresó para control evolutivo por parte de Cirugía con el tratamiento apropiado, pero por mala evolución se tuvo que intervenir de urgencia al día siguiente, evitando así complicaciones más graves”.

b) Informe emitido por la Jefatura de Departamento de Cirugía General, digestiva y Plástica del Hospital de San Pedro, de junio de 2025.

“El paciente ingresa la madrugada del día 14 de junio de 2024 en nuestro Departamento procedente del Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado predominante en fosa iliaca izquierda asociado a vómito y sensación distérmica en domicilio.

El día previo se le realizó colonoscopia hasta ileon terminal, con hallazgos de:

- dos pólipos en sigma de 0.5 cm a 20 y 25 cm (AP: pólipos adenomatosos)*
- algunos pequeños divertículos en sigma*
- hemorroides internas en canal anal.*

TAC abdominal al ingreso: neumoperitoneo con burbujas aéreas predominantemente en hemiabdomen izquierdo, ascendiendo hasta espacio subdiafragmático. Probable perforación secundaria a la colonoscopia con polipectomía reciente o a través de perforación de divertículo. Diverticulosis y engrosamiento de fascia lateroconal izquierda en fosa iliaca. Resto sin alteraciones. significativas.

El paciente, clínica y hemodinámicamente estable, ingresa en observación y se instaura un tratamiento

con dieta absoluta, sueroterapia y antibioterapia endovenosa. Ante la mala evolución clínica y analítica en las primeras horas, se decide intervención quirúrgica.

15 de junio de 2024; con acceso laparoscópico se evidencia plastrón inflamatorio en sigma con líquido purulento adyacente y estigmas de perforación en borde mesentérico de sigma. Sin vertido intestinal. Se realizan lavados de cavidad abdominal y colostomía lateral en FII proximal al plastrón inflamatorio. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta.

Tras valoración en consulta externa y TAC abdominal de control sin hallazgos patológicos, se incluye en lista de espera quirúrgica para cierre de estoma por cirugía abierta el día 18 de julio de 2024. Firma documento de consentimiento informado tras explicarle ampliamente la técnica quirúrgica, posibles complicaciones (deshiscencia de herida quirúrgica, infección y sangrado, fistula intestinal, obstrucción intestinal...) así como factores predisponentes a dichas complicaciones, como son el aumento de peso y un régimen de vida poco saludable (ausencia de ejercicio físico y presencia de hábitos tóxicos). El paciente en ese momento pesa 87 Kg, con IMC 27.

Se interviene el 29 de octubre de 2024 de forma programada: Cierre de colostomía lateral a través de incisión pericostomía en FII. Cierre transversal del colon con sutura barbada continua, cierre de musculatura abdominal y colocación de terapia de vacío para prevención de herida quirúrgica.

Tras dos días de evolución favorable postoperatoria, con deposición por ano de características normales, presenta empeoramiento clínico, con datos analíticos y radiológicos sugestivos de complicación, por lo que es intervenido nuevamente el 31 de octubre de 2024 de forma urgente: evidencia de líquido seroso turbio en escasa cantidad con sutura de sigma íntegra, sin datos de isquemia ni otra complicación. Se procede a lavados de cavidad y colocación de drenaje intraabdominal.

Tras otros dos días de evolución favorable, presenta súbitamente débito intestinal en drenaje visualizando intraabdominal, por lo que se interviene de forma urgente el 2 de noviembre de 2024, visualizando peritonitis purulenta, con sigma y sutura sin signos de fistula, isquemia ni perforación. Debido a la presencia de peritonitis, se decide realización de nueva colostomía en fosa iliaca izquierda.

El paciente presenta una evolución favorable y es dado de alta el día 8 de noviembre con instrucciones precisas de régimen de vida recomendable, haciendo especial hincapié en la necesidad de no aumentar el peso y evitar el tabaco por el riesgo elevado de eventración abdominal.

Es valorado en consulta externa, donde se comprueba su adecuada situación clínica y se solicita estudio previo a nueva cirugía para cierre de estoma.

Colonoscopia: colitis por exclusión leve, divertículos sin signos de complicación, hemorroides internas.

Enema opaco: sin soluciones de continuidad en segmento distal a colostomía.

Se incluye en lista de espera quirúrgica el 29 de enero de 2025 para cierre de colostomía lateral, explicando nuevamente procedimiento, posibles complicaciones y factores predisponentes a las mismas. Comprende, acepta y firma documento de consentimiento informado.

En febrero de 2025, es valorado en la consulta de Anestesia, donde se objetiva un peso de 97 kg (aumento de 10 kg) y un IMC 30.61 (obesidad tipo I). Se registra así mismo que es fumador diario de 5 cigarrillos de marihuana.



Ingresa para intervención quirúrgica programada el día 12, y se interviene el 13 de marzo de 2025, previa confirmación al Anestesista de que ha continuado con el consumo de marihuana hasta el día previo a la intervención: liberación y sección de bordes proximal y distal de colon, anastomosis colocolica laterolateral mecánica. Cierre de pared abdominal con sutura irreabsorbible. Colocación de terapia de vacío en herida de antigua colostomía.

Se le indica al paciente y familiares la necesidad de faja abdominal por el alto riesgo de eventración (aumento de peso y tabaquismo persistente), así como la necesidad de control de peso y abandono de hábitos tóxicos. El paciente presenta buena evolución y es dado de alta hospitalaria el 23 de marzo.

Revisión en consulta externa el 16 de abril, donde se objetiva un peso de 102 kg (4-5 kg) con IMC 32, con aumento de perímetro abdominal y debilidad de pared muscular. Desde el punto de vista digestivo presenta buena tolerancia oral y deposiciones diarias de características normales. Insisto nuevamente en la necesidad de control de peso y abandono de hábitos tóxicos, advirtiendo de la alta probabilidad de complicación de herida de antigua colostomía.

El paciente acude al Servicio de Urgencias el 24 de mayo por malestar general, fiebre y herida de antigua colostomía fluctuante y dolorosa a la palpación.

TAC abdominal: eventración en pared abdominal izquierda con asas intestinales en su interior sin signos de complicación. Colección con nivel hidroaéreo en zona herniada.

Se procede a drenaje de colección de material purulento sin contenido intestinal bajo anestesia local y sedación.

Buena evolución postoperatoria y alta hospitalaria. Actualmente, el paciente está pendiente de nueva revisión en consulta externa de Cirugía, prevista el 4 de julio”.

Quinto

Con fecha 11 de agosto de 2025, el Instructor del expediente, solicita a la Dirección General (DG) de Prestaciones y Farmacia para que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Sexto

Consta también. Informe médico pericial, emitido por el gabinete *CRITERIA*, realizado por Doctora especialista en Aparato Digestivo, de fecha 8 de septiembre de 2026, exponiendo las siguientes conclusiones en su informe pericial:

“1. Se reclama porque se considera que ha existido una falta de diligencia por haber presentado el paciente una perforación tras la realización de colonoscopia.

2. La colonoscopia estaba correctamente indicada en este paciente de 38 años, dado que presentaba síntomas de alarma claros (rectorragia, alteración del hábito intestinal, ferropenia y prueba de sangre

oculta en heces positiva), en el marco de una sospecha de patología colorrectal significativa.

3. El paciente firmó un consentimiento informado previo en el que se especificaban las posibles complicaciones de la técnica, incluyendo la perforación colónica y la necesidad potencial de tratamiento quirúrgico, por lo que fue adecuadamente informado de los riesgos inherentes al procedimiento.

4. El paciente presentó una perforación colónica tras polipectomía, complicación conocida, poco frecuente pero grave, descrita en la literatura y más probable en presencia de factores de riesgo como los divertículos y la naturaleza terapéutica de la colonoscopia.

5. El abordaje posterior fue correcto y ajustado a la lex artis: se inició tratamiento conservador en un paciente estable y con signos clínicos limitados, procediéndose a cirugía urgente cuando se constató la evolución desfavorable. El tratamiento quirúrgico incluyó colostomía, posteriores reintervenciones y, finalmente, reconstrucción del tránsito intestinal.

6. A pesar de las complicaciones derivadas (colostomía temporal, varias reintervenciones, complicaciones infecciosas locales y necesidad de apoyo psicológico), en la actualidad el paciente se encuentra con tránsito intestinal reconstruido y seguimiento por cirugía general, lo que constituye una evolución favorable tras un proceso prolongado y complejo.

7. La complicación sufrida se enmarca dentro de los riesgos descritos y aceptados del procedimiento. Tanto la indicación de la colonoscopia como la información proporcionada y el manejo posterior fueron adecuados desde el punto de vista médico. No se objetivan elementos que permitan atribuir negligencia o mala praxis, tratándose de una complicación inherente al procedimiento y manejada conforme a las guías clínicas”.

Séptimo

Con fecha 15 de diciembre de 2025, figura informe de la Inspección Médica, con las siguientes conclusiones:

“1. El paciente [...] presentaba una correcta indicación para realizar una colonoscopia puesto que presentaba signos de sospecha de cáncer colorrectal.

2. La perforación intestinal es una complicación posible pero poco frecuente de la colonoscopia. Durante la realización de la prueba, en la que no presentó incidencias, se objetivaron varios divertículos y pólipos a los cuales se realizó una polipectomía. Estas dos eventualidades son factores de riesgo que aumentan el riesgo de perforación intestinal.

3. Ante los primeros signos de alarma el paciente fue correctamente derivado al Hospital San Pedro donde se le realizó pruebas de imagen y fue prontamente diagnosticado de perforación intestinal.

4. El manejo conservador inicial de la perforación fue correcto en el primer momento en el que el paciente no presentaba inestabilidad hemodinámica ni signos de peritonitis tanto en las pruebas de imagen como en las analíticas de sangre.

5. Ante el empeoramiento de las pruebas de imagen y el empeoramiento del estado general del paciente se procedió a realizar tratamiento quirúrgico con buen resultado puesto que la infección se resolvió.

La realización de ostomía para resolver un problema mayor como una peritonitis es una intervención normal y frecuente que está indicada en estos casos

6. Tanto la perforación intestinal como la necesidad de intervención quirúrgica posterior se encuentra reflejado en el consentimiento informado que el paciente firmó previamente a la realización de la colonoscopia, por lo que se asume que el paciente conocía los riesgos.

7. A pesar de que se trató de cerrar la ostomía cuanto antes esto no fue posible debido a complicaciones de la propia cirugía. A pesar de la evolución tórpida de esta cirugía intestinal en la actualidad el paciente presenta un tránsito intestinal reconstruido.

*Por lo expuesto previamente, y pese a la evolución tórpida de la cirugía intestinal, **no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada al paciente haya sido contraria a la lex artis**”.*

Octavo

El Instructor, dando por finalizada la instrucción del expediente, mediante escrito de fecha 17/12/2025 le concedió trámite de audiencia al reclamante, con acuse de recibo el 15/01/2025.

El reclamante solicitó el traslado de todo lo instruido en el expediente el 15/01/2025 y en la misma fecha, se le remite copia de la documentación obrante en el expediente.

No consta en el expediente la presentación de alegaciones.

Noveno

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el día 19 de febrero de 2026, remite todas las actuaciones habidas en el procedimiento, así como la propuesta de resolución con la misma fecha, por la que se desestima la reclamación.

En el mismo escrito se remite el expediente íntegro a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. Dicha remisión se hace el día siguiente, 20 de febrero de 2026. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el día 26 de febrero de 2026.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 03/03/2026 registrado de entrada en este Consejo el día siguiente, 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 04/03/2026, 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 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, 300.000 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 artículo 65.4 de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR; y, ii) el artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (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 artículo 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 artículo 34.2 de la Ley 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

1. Nuestro ordenamiento jurídico (arts. 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).

2. 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”*.



3. Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) 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*”.

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 *conditio 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.

No se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto, por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél.



4. 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, núm. 262/2025, de 3 de octubre (ECLI:ES:TSJLR:2025:379), que, en relación con los principios generales de distribución de la carga de la prueba, recuerda que en el proceso contencioso-administrativo rige el principio general, inferido del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento 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 regla general se excepciona en supuestos de reclamaciones por daño desproporcionado, en los que doctrina y jurisprudencia exigen una prueba de descargo por parte de la Administración.

Tercero

Sobre si existe responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

1. El juicio de este Consejo —adelantémoslo ya— coincide con la propuesta de resolución de desestimación de la reclamación.

En efecto, no se ha acreditado que los daños que alega el reclamante fueran debidos a la asistencia sanitaria dispensada, ni es posible deducir de los datos obrantes en el expediente

examinado que dicha asistencia no se ajustase a la *lex artis ad hoc*

2. El caso que examinamos, se funda, según el manuscrito del reclamante, “*en una supuesta **falta de diligencia debida***”, por lo que está de baja y con pronóstico de al menos de 6 meses.

Ahora bien, el reclamante, supuestamente en apoyo de dicha tesis, únicamente aporta siete documentos de informes médicos de su centro hospitalario de los que se puede desprender el resultado de los “*días hospitalarios, días de perjuicio muy grave, grave, moderado y básico*” que figuran en su escrito de reclamación, pero no prueban una inadecuada atención de los servicios sanitarios.

3. Por el contrario, todos los informes médicos obrantes en el expediente, avalan la corrección de la asistencia sanitaria recibida.

Así lo acreditan los detallados informes de:

a) Los profesionales intervinientes que figuran en el Antecedente de Hecho Cuarto del presente dictamen.

b) **CRITERIA:** “*El tratamiento quirúrgico incluyó colostomía, posteriores reintervenciones y, finalmente, reconstrucción del tránsito intestinal. La complicación sufrida se enmarca dentro de los riesgos descritos y aceptados del procedimiento. Tanto la indicación de la colonoscopia como la información proporcionada y el manejo posterior fueron adecuados desde el punto de vista médico. No se objetivan elementos que permitan atribuir negligencia o mala praxis, tratándose de una complicación inherente al procedimiento y manejada conforme a las guías clínicas*”.

c) **La Inspección Médica:** *A pesar de que se trató de cerrar la ostomía cuanto antes esto no fue posible debido a complicaciones de la propia cirugía. A pesar de la evolución tórpida de esta cirugía intestinal en la actualidad el paciente presenta un tránsito intestinal reconstruido., **no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada al paciente haya sido contraria a la lex artis.***

4. Respecto al procedimiento de consentimiento informado, firmado por el paciente, recoge los riesgos de las intervenciones figurando en los informes lo siguiente:

“*Tanto la perforación intestinal como la necesidad de intervención quirúrgica posterior se encuentra reflejado en el consentimiento informado que el paciente firmó previamente a la realización de la colonoscopia, por lo que se asume que el paciente conocía los riesgos.*”

5. No ejercitó su derecho a formular alegaciones.

Criterio del Consejo

Si bien está acreditada la perforación de colon tras colonoscopia, la reclamación se centra en la **falta de diligencia debida** que no concreta ni objetiva, carente de informe



pericial ni prueba alguna que avale la tesis que alega, y en cambio, de todos los informes que obran en el expediente, de los doctores que intervinieron en el proceso curativo, del informe pericial de *CRITERIA* y del informe de la Inspección médica no puede estimarse la concurrencia de los requisitos exigidos por la jurisprudencia para apreciar infracción de la *“lex artis ad hoc”*.

En definitiva, el reclamante, no ha acreditado la existencia de una asistencia sanitaria negligente según la ciencia médica, en atención a las circunstancias concretas del paciente, aportando únicamente una valoración subjetiva del proceso asistencial seguido, mientras que, en sentido contrario, obran en el expediente diversos juicios técnicos que descartan que, en este caso, se haya producido una actuación contraria a la *lex artis ad hoc*.

Así las cosas, quedaría excluida la responsabilidad de la Administración.

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*.



CONSEJO CONSULTIVO
DE
LA RIOJA

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

José Ignacio Pérez Sáenz
EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO