Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 4 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de enero de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 750/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 2 de diciembre de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 4 de diciembre de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...), Procurador que actúa en nombre y representación de (...), por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 400.348,07 euros, cantidad que determina el carácter preceptivo del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la titular de la Consejería de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

No obstante, en cuanto a la preceptividad de Dictamen y si bien no resulta de aplicación en el presente caso, por cuanto su solicitud tuvo entrada el 4 de diciembre de 2024 en el Registro del Consejo Consultivo, fecha a la entrada en vigor de la Ley

[*] **Ponente: Sra. Luengo Orol.**

5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025, la cual ha modificado la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en cuya Disposición final sexta, establece que:

«Uno. Se modifica la letra e) del apartado 1.D) del artículo 11 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, que queda redactado como sigue:

«e) Reclamaciones que se formulen en materia de responsabilidad administrativa patrimonial cuya cuantía sea igual o superior a 60.000 euros. No obstante, tratándose de solicitudes de dictamen que versen sobre reclamaciones en materia de responsabilidad patrimonial frente a los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Canarias, el Consejo Consultivo será competente para dictaminar cuando la cuantía de la reclamación sea superior a 20.000 euros».

Dos. La reforma del apartado anterior se aplicará a los procedimientos que, habiéndose iniciado antes de su entrada en vigor, sea solicitado el dictamen después del 1 de enero de 2025».

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 LRJSP], puesto que alega haber sufrido un daño corporal o físico por el que reclama su resarcimiento, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

4.2. La legitimación pasiva le corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud (SCS), organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación se entiende interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses; transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración está obligada a resolver y notificar a los interesados todos los procedimientos de manera expresa [art. 21 LPACAP].

En el presente supuesto se ha superado el plazo de seis meses que, para su resolución, establece el art. 91.3 LPACAP.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento; pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP [DDCC 120/2015, de 9 de abril y 270/2019, de 11 de julio, entre otros].

II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada, alegando en su escrito de reclamación los siguientes hechos:

«En septiembre de 2019, mi mandante, a efectos de realizar un estudio de estenosis sigmoidea por diverticulitis crónica, se realiza una colonoscopia. Colonoscopia que no debía haberse realizado habida cuenta de las recomendaciones médicas por las patologías existentes en mi mandante.

Con independencia de eso, lo cierto es que tras la realización de dicha colonoscopia mi poderdante comienza con episodios de dolor abdominal brusco de forma generalizada. Lo cierto es que, tras diversas pruebas, se le diagnostica perforación de colon sigmoides post-colonoscopia.

Tras dicha perforación, mi mandante ha tenido que ser sometida a diversas intervenciones siendo la última en mayo de 2021 con fecha de alta el 31 de dicho mes. Desgraciadamente, a consecuencia de la perforación producida por la colonoscopia, indebidamente, mi mandate tiene una serie de secuelas, tal y como acreditaremos con informe pericial médico que dejamos anunciado en este momento si fuere necesario su aportación para acreditar lo expuesto en el caso que por la administración no se responda a la presente reclamación.

La realidad es que (...) ha tenido una pérdida de vida severa, causándole una gran incapacidad y todo ello, reiteramos, a consecuencia de la mala praxis mencionada».

Solicita una indemnización de 400.348,07 euros.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. Mediante escrito con registro de entrada en el SCS el día 23 de mayo de 2022, (...), Procurador en nombre y representación de (...), insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada, en los términos y por los motivos señalados en el fundamento anterior.

2. Tras la debida subsanación de la reclamación presentada el 22 de junio de 2022 a requerimiento del SCS, con fecha de 28 de junio de 2022, mediante Resolución n.º 1718/22 del Secretario General se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

3. Con fecha 28 de junio de 2022 por el órgano instructor se solicita al SIP que, a la vista de la historia clínica y recabado el oportuno informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, emita informe en el que se concreten las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre los hechos alegados y la actuación del servicio público sanitario, la cuantificación, en su caso, de la indemnización procedente y, por último, cualquier otro extremo que considere de interés.

4. El 14 de junio de 2024, se emite por el Servicio de Inspección y Prestaciones el informe solicitado.

Asimismo, se remite la siguiente documentación:

- Copia de la Historia Clínica del Hospital Universitario Dr. Negrín.

- Copia Historia Clínica de Atención Primaria.

- Informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva de fecha 19 de julio de 2022.

- Informe del Servicio de Digestivo de fecha 13 de julio de 2022.

5. Con fecha de 8 de agosto de 2024, se procede a la apertura del periodo probatorio, siendo únicamente propuesta y admitida la prueba documental incorporada al expediente, no es necesario abrir plazo especial para su aportación y se acuerda conferir trámite de audiencia a la interesad, por plazo de 10 días a fin de que pudiese formular alegaciones y aportar los documentos y justificaciones que estimase convenientes.

No obstante, transcurrido el plazo señalado al efecto, no consta que por la reclamante se haya aportado documentación o se haya realizado alegación alguna.

6. El 2 de diciembre de 2024 se dicta por la Secretaría General del SCS Propuesta de Resolución, en la que se desestima la reclamación de la interesada, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

En esta Propuesta se hace constar que, a juicio del órgano instructor, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su base en el principio genérico de la tutela efectiva, art. 24 de la Constitución o de manera específica en el art. 106.2 del Texto Constitucional, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación constitucional y legal, la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6ª, recurso n.º 1308/2012, ponente (...), Roj STS 4942/2014 , FJ 3): *«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC:*

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4ª, recurso n.º 4397/2010 , ponente (...), Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se

articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado es el de la *lex artis*, de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *lex artis*, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- es requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente caso, la reclamación se centra en la improcedencia, a criterio de la reclamante, de la realización de la colonoscopia a la que fue sometida y que le produjo una perforación como consecuencia de la cual hubo de ser reintervenida, y le ha provocado una serie de secuelas que limitan su calidad de vida.

A los efectos de analizar si en el presente caso se ha producido la alegada infracción de la *lex artis* y el obligado nexo causal entre esa actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido, es preciso partir, del relato fáctico referido a la asistencia sanitaria dispensada por el SCS extraído del informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones de la Secretaría General del SCS, de la historia clínica, de los informes emitidos por los diferentes Servicios que intervinieron en la atención a la paciente, así como de la documentación aportada por la reclamante durante la tramitación del procedimiento.

De este modo, los hechos relevantes relativos a la asistencia sanitaria, extraídos de del informe del SIP que procede a analizar la documentación clínica obrante en el expediente, son los siguientes:

«1.- (…) nacida el día 5 de octubre de 1966, con 53 años en el momento de los hechos, presentaba dolor abdominal de repetición en hipocondrio izquierdo con fiebre de larga evolución. Motivo por el cual estaba siendo estudiada en el Servicio de Medicina Interna del HUGCDN. En pruebas de imagen se objetivó engrosamiento de la pared de colon sigmoides.

El engrosamiento de la sigma se puede asociar a malignidad por carcinoma colorrectal. Siempre se debe realizar colonoscopia complementaria para tratar de dilucidar el origen de dicho engrosamiento.

2.- El día 17 de octubre de 2019 la reclamante suscribe documento de consentimiento informado para la práctica de colonoscopia. Entre los riesgos figura la posibilidad de perforación que puede ser grave y requerir intervención quirúrgica.

Por indicación del Servicio de Medicina Interna, el Servicio de Digestivo realizó una colonoscopia resultando, por imposibilidad de progresar el endoscopio a nivel de la sigma, incompleta. Se describe: "Exploración incompleta, presenta zona estenosada (Estrechamiento)a 22 cm y mala preparación. Al acabar refiere dolor, se le coloca sonda rectal y se administra 1 amp. De Nolotil. Se traslada a hospital de día despierta, estable y pasándole Nolotil".

La colonoscopia puede resultar incompleta y sucede en un 3-5% de las pruebas. Entre las causas figura la existencia de estenosis tumorales o inflamatorias.

3.- El mismo día 17 de octubre de 2019 tras la colonoscopia la paciente comenzó con dolor abdominal intenso, con abdomen en tabla, lo que hizo sospechar en una perforación de colon. Se confirmó con TAC urgente.

4.- El día 20 de octubre de 2019, tras intento de tratamiento conservador por parte del Servicio de Digestivo, es intervenida quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General y Digestiva. Se encontró una peritonitis fecaloidea difusa por perforación a nivel del colon sigmoides. Se realizó una sigmoidectomía de Hartmann consistente en no realizar sutura para mantener el tránsito intestinal, por lo cual se realiza una colostomía terminal (se deja una bolsa para la evacuación de las heces a través del abdomen dejando el segmento distal del recto cerrado).

5.- Ante la persistencia de síntomas con dolor abdominal recurrente por los que venía siendo sometida a seguimiento en Medicina Interna y a fin de determinar la existencia de enfermedad inflamatoria intestinal, el día 26 de mayo de 2020 se realizó una colonoscopia y una rectoscopia dando como resultado en colon derecho dos pólipos sin importancia, que se resecaron (adenomas tubulares). Y en la ampolla rectal se encontró una mucosa sugestiva de colitis por exclusión.

6.- Una vez incluida en lista de espera para reconstruir el tránsito intestinal se le advierte que es posible que no pueda realizarse por adherencias o por inflamación local de las zonas del intestino a anastomosar.

El día 18 de mayo de 2021 se realizó una intervención quirúrgica con el objetivo de restablecer el tránsito intestinal, cierre de colostomía y reparación de eventración. Durante el procedimiento se observó un sangrado profuso a través del ano, secundario a una proctitis. Por la proctitis activa con importante friabilidad de la mucosa y úlcera rectal que impide realizar la anastomosis (unión) colon-recto en condiciones de seguridad se desestima reconstruir el tránsito, y solo reparar la hernia abdominal.

7.- El día 25 de mayo de 2021 se realizó revisión quirúrgica de la estoma, por isquemia, con resección del ángulo esplénico del colon por vascularización precaria y reconfección de

nueva colostomía de colon transverso distal en el mismo punto que la anterior. También se realizó cambio de la malla anterior por una "Ventralight".

8.- La paciente continúa con episodios recurrentes de inflamación en la salida de la estoma, asociados a sangrado profuso en algún momento a través del ano por la probable proctitis asociada. Los episodios de proctitis e inflamación estomal coinciden con episodios de mayor actividad de su hidrosadenitis inguinal. Refiere alternancia entre deposiciones normales y varios días con deposiciones diarreicas abundantes. Todo ello en concordancia clínica con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)»

Establecida así la secuencia de hechos relativa a la asistencia sanitaria, y aplicada la doctrina jurisprudencial sobre la responsabilidad patrimonial antes citada al caso que nos ocupa, no se evidencia la existencia de mala praxis médica en la atención prestada, ni la propia reclamante ha incorporado al expediente informe que pueda contradecir el contenido de los informes médicos que concluyen la corrección de la asistencia sanitaria dispensada.

En cuanto a la necesidad de realización de la colonoscopia, que es cuestionada por la reclamante, el Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUGCDN informa que cuando se objetiva una estenosis a nivel del colon sigmoides, como es el caso de la reclamante, se tiene que realizar una colonoscopia para determinar cuál es la causa de esa estrechez: inflamatoria o tumoral. Además, la reclamante no especifica cuáles son esas recomendaciones médicas por las patologías existentes para la no realización de la prueba, pues precisamente fueron sus patologías las que indicaron la necesidad de su realización.

Por su parte, el Servicio de Aparato Digestivo del HUGCDN de 17 de julio de 2022 acredita la necesaria indicación de la colonoscopia, aunque del contenido del informe se deriva que en el caso de esta paciente, aunque dicha prueba estaba indicada y era necesaria para el adecuado diagnóstico, su realización entrañaba ciertos riesgos que debían tenerse en cuenta, riesgos que la paciente conocía y asumió al prestar su consentimiento, pues en el citado informe se dice:

«1. Se solicita desde Medicina Interna en fecha 24/sep/2019 una colonoscopia con el siguiente literal : Mujer 52a (sic) con episodios de dolor abdominal repetidos a lo largo del tiempo que señalaba en hipocondrio izquierdo con fiebre con tac de 2014, 2017, y 2019 con engrosamiento de un segmento de sigma de 9 cms que ha ido progresando en espesor y ahora hay también signos de escaso líquido en pelvis, Preocupa la clínica de pérdida de 10 k de peso por dolor abdominal y estreñimiento así como el referir que en alguna ocasión ha emitido heces por la orina. El TAC (realizado en septiembre de 2019, Folio 92 del expediente) no ve fístula recto -vesical pero la clínica está ahí. Se ha suspendido dos veces

en agosto la colonosocopia por "temor" a la perforación sin disponer de TAC reciente. Solicito colonoscopia "cuidadosa" a la luz de los hallazgos de imagen. De esta solicitud a mi juicio, se desprende la siguiente información:

- La colonoscopia estaba indicada por médico responsable, de forma continuada, del proceso patológico de la paciente.

- Existían dudas de evolución desfavorable (con perforación o fistulización colo-vesical) de la diverticulitis crónica que padecía la paciente.

- La paciente era consciente de los riesgos del procedimiento, hasta tal punto que se había suspendido en dos ocasiones la colonoscopia programada, literalmente por temor a perforación. De ello se deduce que la paciente estaba perfectamente informada del procedimiento y de sus eventuales complicaciones.

- Valorado el caso por el servicio de Cirugía General el 24 de septiembre de 2019, consta nota clínica literal "En TAC de abdomen signos de diverticulitis crónica no complicada. Pendiente colonoscopia. Debe ser valorada de nuevo por Digestivo antes de plantear opción quirúrgica". Se deduce entonces que el Servicio de cirugía general precisaba información que aportase la colonoscopia pendiente de realizar para una mejor decisión sobre el tratamiento a recomendar en el caso.

- No consta ninguna patología preexistente que contraindicase la realización de una colonoscopia, toda vez que el servicio de Medicina Interna, responsable de la atención de la paciente no hizo constar ningún antecedente patológico relevante en ese sentido. Además en la actual historia clínica sigue sin constar ninguna comorbilidad cardiorrespiratoria o anestésica que elevase de forma significativa el riesgo de la realización de una colonoscopia. (...) ».

Consta en el expediente remitido el documento de consentimiento informado para la colonoscopia firmado por la paciente, por lo que fue perfectamente informada sobre el procedimiento y las posibles complicaciones (entre ellas, la perforación) y firmó el consentimiento.

Durante el procedimiento de la colonoscopia se encontró a 22 cm del margen anal una sigma fija, que impidió la progresión del endoscopio por lo que se retiró, resto sin incidencias. La colonoscopia quedo incompleta por imposibilidad de avanzar.

Durante la recuperación de la sedación tras la colonoscopia, la paciente comienza con dolor abdominal intenso que hace sospechar en una perforación. El Servicio de Cirugía General de guardia valoró a la paciente y solicito un TAC urgente, que confirmó la perforación sigmoidea. Como la paciente estaba monitorizada con

constantes estables y sin dolor, se decidió un tratamiento conservador sin intervención quirúrgica urgente.

Según informa el Servicio de Cirugía General y Digestiva, la perforación de colon por colonoscopia es una complicación rara de consecuencias graves e incluso letales, es infrecuente pero perfectamente conocida y constituye un riesgo que hay que asumir cuando se realiza una prueba de este tipo.

El 20 de octubre de 2019, por mala evolución clínica, la paciente es intervenida quirúrgicamente. Se confirmó una perforación a nivel del colon sigmoides y peritonitis fecaloidea difusa. Se realizó una operación de Hartmann (resección del segmento afectado por la perforación y unión del extremo proximal del colon a una apertura en la piel para la defecación.). Al 10.º día de postoperatorio se le dio el alta.

En cuanto a la evolución posterior, la paciente en visitas sucesivas de seguimiento continuo presentando cuadro de urgencia defecadora y deposiciones sanguinolentas. La biopsia del recto informo de una proctitis activa moderada con granulomas con células gigantes.

El Servicio de Digestivo tras la analítica y biopsia de recto determinó un cuadro clínico compatible con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. La enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) es una enfermedad crónica de causa desconocida que se desencadena por un mal funcionamiento del sistema inmunitario, que produce esta inflamación descontrolada en un tejido sano. en la que se produce inflamación del colon y/o intestino delgado y que se presenta en forma de brotes.

Por tanto, podemos concluir que el incidente ocurrido, perforación colónica, es un riesgo conocido que pueda ocurrir e inherente al procedimiento a pesar de que la técnica se realice correctamente, tal y como informa el Servicio de Cirugía General y Digestiva y el SIP.

De este modo, este riesgo está contenido en el Documento Consentimiento Informado (DCI) que la paciente, previo a la realización de la prueba, firmó, una vez informada, asumiendo tal riesgo.

El hecho reclamado, perforación del colon, fue advertido en el mismo ingreso tras la realización de la prueba, se decidió un tratamiento conservador sin intervención quirúrgica urgente, posibilidad contemplada en estos casos, pues el tratamiento conservador puede realizarse en casos seleccionados y bajo un control clínico estricto. El tratamiento médico recomendado consiste en: hospitalización,

reposo intestinal (dieta absoluta), hidratación parenteral y antibióticos endovenosos con cobertura a Gram (-) yanaerobios asociado a una observación clínica permanente y expectante. Finalmente fue sometida a intervención y reparada la perforación, por lo que se tomaron las medidas adecuadas para su corrección. Por otro lado, en control posterior después del alta no se describe repercusión de este hecho.

Por tanto, nos encontramos ante una complicación implícita en el procedimiento de la colonoscopia, incluida en el Documento Consentimiento Informado firmado previo al mismo, diagnosticada con rapidez y resuelta sin ocasionar repercusión posterior al alta hospitalaria.

Debemos tener en cuenta la normativa aplicable, según la cual el consentimiento informado puede conceptuarse como el derecho de todo paciente a obtener la información suficiente, clara, completa, veraz y adecuada acerca del padecimiento que sufre, de su diagnóstico, pronóstico y posibles tratamientos, riesgos y alternativas, a fin de que pueda emitir su conformidad libre, consciente y voluntaria de recibirlos, asumirlos y en fin, de valorar, ponderar y decidor el coste-beneficio de unos y otros.

El art. 10.6 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, exigía «*el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención*». Sin embargo, las estrictas exigencias de la anterior normativa se han vista matizadas en la actual regulación. Así, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece en su art. 2 que *«toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley».*

Por su parte el art. 3 define el consentimiento informado como «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Y dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. 2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma

comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad».

El art. 4 establece que «*la información, como regla general, se proporcionará verbalmente».* El art. 8.2 determina que el consentimiento «*será verbal por regla general*». Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Así pues existen dos reglas generales: de una parte, la necesidad de obtención de consentimiento informado con carácter previo a la prestación del servicio sanitario. Y de otra que la recepción de la información y emisión del consentimiento se haya efectuado de forma personal por parte de persona adulta destinataria de la actuación médica.

Finalmente, en relación con las secuelas que alega tener la reclamante, el Servicio de Cirugía informa que su actual situación no se debe a la perforación del colon, sino que padece una Enfermedad Inflamatoria intestinal que se caracteriza por presentar despeños diarreicos frecuentes con sangre y moco, muy molestos e invalidantes y que le impidió que se efectuara la reconstrucción del tránsito intestinal.

La paciente recibió todos los tratamientos y cuidados que a lo largo de su proceso requirió, así como le fueron facilitados todos los medios técnicos y humanos necesarios.

Por tanto, tanto la asistencia médica como hospitalaria fueron plenamente correctas y ajustadas a la *lex artis ad hoc*. La complicación que expone la paciente es inherente a este tipo de procedimientos y se reproduce en ciertas ocasiones como consta contemplado en el DCI firmado. En definitiva, no se aprecia que exista relación de causalidad entre la actuación médico-sanitaria y la lesión acaecida a la reclamante, ni tampoco existe mala praxis, pues se actuó con arreglo a la *lex artis*, por lo que tampoco hay antijuridicidad, precisa para que pueda prosperar la reclamación de responsabilidad ejercitada.

De los informes obrantes en el expediente emitidos por los Servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, así como por el Servicio de Inspección, se debe inferir que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada

fue conforme a *lex artis*. Por tanto, el resultado final y el estado lesional de la paciente no está relacionado causalmente con la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Canario de Salud, sino que está relacionada directamente, en relación causa-efecto, con la patología que padeció y los propios riesgos inherentes a la misma.

En definitiva, esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* supone la inexistencia del necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina conforme a derecho la Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sanitaria, tal como se razona en el Fundamento IV de este Dictamen.