

Expediente Núm. 68/2013
Dictamen Núm. 96/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 15 de mayo de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 11 de abril de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de septiembre de 2012, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de una infección pancreática causada en el curso de una intervención quirúrgica.

Refiere que el 18 de agosto de 2011 acude al Servicio de Urgencias y que, “tras las pertinentes valoraciones médicas”, se le diagnostica

“coledocolitiasis y el 23 de agosto de 2011 se realiza intervención quirúrgica para acceder al coledoco mediante esfinterotomo. Es en esa intervención en la que, al introducir un tubo por mi boca para acceder a la vesícula, perforaron el intestino y se me causa infección en el páncreas con graves consecuencias (...), hasta el punto de no poder comer durante dos meses y permanecer aislada durante 1 semana del resto de pacientes, temiendo incluso por mi vida./ No consta consentimiento informado de la intervención realizada”.

Subraya, reproduciendo el informe médico en su literalidad, que en la ecografía abdominal que antecede a la intervención se le detectan “múltiples cálculos”, pero que “no se observa líquido libre intraabdominal ni colecciones”. Añade que en los TAC que se le efectúan los días 31 de agosto y 9, 13, 20 y 27 de septiembre de 2011 “se observan ‘colecciones intraabdominales’ que no tenía antes de la intervención./ El 13 de septiembre de 2011 se me realiza una punción por TC con salida de material purulento, hasta que el 1 de octubre de 2011 se me da de alta./ Posteriormente, el 9 de enero de 2012 vuelvo a ingresar (...), se me practica una intervención quirúrgica con carácter urgente tras comprobar la existencia de cálculos en la vesícula y se me extirpa esta”.

Apunta, finalmente, que “desde la primera intervención quirúrgica sufre molestias tras las ingestas”, y reclama una “cuantía indemnizatoria” de veinte mil euros (20.000 €), “sin perjuicio de aumentar o disminuir la misma en atención a las pruebas periciales que realizaré (...) en el momento que se determinen las secuelas que me restan”.

2. Con fecha 26 de octubre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria notifica a la interesada la fecha de entrada de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Durante la instrucción se incorporan al expediente, remitidos por el centro hospitalario que atendió a la paciente, copias de su historial clínico relativo al episodio objeto de reclamación y los informes librados por los servicios a los que se imputa el daño.

En la historia clínica consta, entre otra documentación, un informe de radiología, fechado el 18 de agosto de 2011, en el que se valora la ecografía abdominal que antecede a la intervención y que la reclamante reproduce parcialmente en su escrito inicial. En él se señala que “no se observa líquido libre intraabdominal ni colecciones”, estableciéndose la impresión diagnóstica de “coledocolitiasis. Incipiente colecistitis litiásica”.

Figura en ella, asimismo, un informe del Servicio de Cirugía General, de 4 de octubre de 2011, en el que se recoge el ingreso de la paciente el 18 de agosto, la práctica de “CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) con esfinterotomía, con perforación posterior”, y el alta el día 1 de octubre del mismo año, tras “buena evolución”.

Obran, igualmente, en la historia clínica cuatro documentos de consentimiento informado. Dos de ellos se refieren a intervenciones posteriores a la controvertida, uno a la canalización de vías centrales y en el otro, fechado el 22 de agosto de 2011, la paciente consiente la “anestesia general” previa a la cirugía, constando al inicio del documento que “la anestesia es un procedimiento cuya finalidad es realizar una operación sin dolor” (folio 222 del expediente).

El Jefe del Servicio de Digestivo, en su informe de 31 de octubre de 2012 se remite al “informe de la CPRE realizada el 23-8-11”, que adjunta, y señala que “antes de la realización de la mencionada exploración endoscópica se cumplimentó la hoja de consentimiento informado, como es preceptivo, firmada por la paciente, en la que se indican claramente los posibles riesgos asociados con su realización”. Dicho consentimiento informado “se incluyó con el resto de la documentación en la historia clínica de la paciente”. En el informe anexo de la endoscopia CPRE practicada el 23 de agosto de 2011, cuya rúbrica no consta,

se indica *in fine* que “se adjunta la hoja cumplimentada de consentimiento informado que deberá ser incluida en la historia clínica del usuario”.

Con fecha 6 de noviembre de 2012, el Jefe de la Sección de Hepatobiliar del Servicio de Cirugía General informa que “no encuentro” en la historia clínica “el consentimiento, debe estar en las endoscopias./ La paciente afirma haberlo firmado en su reclamación./ Por mi parte es válido el informe de alta de 04-10-2011”.

4. El día 12 de noviembre de 2012, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él consta que “se trata de una paciente de 53 años de edad” a la que “se diagnostica de coledocolitiasis y colecistitis aguda, por lo que el día 23 de agosto (...) se realiza, previa firma del documento de consentimiento informado, una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica”, produciéndose durante su “práctica una ‘solución de continuidad’ en (el) conducto biliar, que se repara (...). Posteriormente revela buen drenaje y confirma la ausencia de fugas biliares (...), sin que consten nuevas incidencias en relación con el caso”. Tras describir la posterior cirugía de la paciente, llevada a cabo el 10 de enero de 2012 cuando, diagnosticada de “colecistitis aguda litiásica no complicada”, es intervenida “de forma urgente”, realizándose colecistectomía abierta” y causando alta hospitalaria el día 14 siguiente”, concluye que “no se aprecian indicios que evidencien una mala práctica médica”.

Manifiesta que “ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos” y que, “según se recoge” en el informe de la CPRE de 23 de agosto de 2011, “se considera que sí se cumplimentó el documento de consentimiento informado (...), aunque como tal no aparece en la historia clínica, pero la especialista en Gastroenterología y el Jefe del Servicio confirman que fue hecho, que posiblemente se haya traspapelado”. Añade que “la lesión iatrogénica de un conducto biliar constituye ‘un riesgo inherente’ de la intervención quirúrgica

practicada” y conocido por la paciente, que debe soportar el daño al haberse “materializado en uno de los riesgos descritos en el documento de consentimiento informado que ha suscrito”.

5. Con fecha 12 de febrero de 2013, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Medicina del Aparato Digestivo. En él observan que la paciente “fue diagnosticada de cólico biliar complicado con coledocolitiasis. Por dicho motivo se indicó adecuadamente la realización de una CPRE programada con intención terapéutica para extraer los cálculos. La prueba resultó fallida, pero se ajustó a las recomendaciones cuando no se consigue acceso pese a precorte”, insertándosele “un stent profiláctico en el conducto pancreático”. Añaden que “unos días después comienza con fiebre y se realiza TAC abdominal que objetiva signos radiológicos de perforación duodenal retroperitoneal (además de pancreatitis aguda focal en cola) que fue manejada, acorde a las recomendaciones actuales, de modo conservador, aunque posteriormente precisó (...) un drenaje percutáneo guiado por TAC, tras el cual mejoró mucho y pudo ser dada de alta. La perforación post-CPRE, aunque es infrecuente (0,5 - 2%), es una de las más temidas complicaciones de esta técnica, que se recoge en todos los consentimientos informados y que presenta una mortalidad del 16% (...). Posteriormente, la paciente sufre un cuadro de colecistitis aguda del que es intervenida mediante colecistectomía. El momento de realizar una colecistectomía en una paciente que ha padecido una pancreatitis aguda suele diferirse cuando el cuadro ha sido grave. En este caso, al adicionarse una perforación, consideramos que retrasar la cirugía de vesícula era una buena opción de cara a mejorar el estatus del paciente para afrontar la colecistectomía”.

Detallan que “la posterior colecistitis aguda era una posibilidad real y factible mientras no se le realizase (...) una colecistectomía programada, pero parece razonable que se diese un tiempo a la paciente para recuperarse

totalmente antes de someterla a una intervención quirúrgica. En ese ínterin de 3 meses tras el alta desarrolló la colecistitis aguda, siendo intervenida mediante colecistectomía sin incidencias, evolucionando favorablemente”.

Concluyen que “el proceder diagnóstico y terapéutico del Servicio de Salud del Principado de Asturias se ajustó a la *lex artis ad hoc*, ofertando al paciente los procedimientos adecuados a los datos clínicos y radiológicos de que se disponía en cada momento. Se produjo una complicación desgraciada, infrecuente, que pudo resolverse de modo conservador, sin necesidad de recurrir a una cirugía urgente”.

6. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado a la reclamante el 27 de febrero de 2013, esta toma vista del expediente y obtiene una copia de los documentos que lo integran en ese momento.

El día 15 de marzo de 2013, presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica “en los hechos señalados” en su reclamación inicial, “destacando ahora el hecho de que la paciente no recibió ninguna clase de información previa a la intervención quirúrgica (CPRE) del 23 de agosto de 2011, como se constata con la ausencia de consentimiento informado./ Por tanto, la paciente no fue informada de que a posteriori podría sufrir pancreatitis y perforación retroperitoneal, como así sucedió, ni que finalmente podría ser sometida a una colecistectomía”. Añade que sufrió “una perforación retroperitoneal que fue diagnosticada de modo tardío, diagnosticándose en un primer momento pancreatitis aguda (...), por lo que la tardanza en su diagnóstico puso en serio riesgo mi vida”.

7. Con fecha 20 de marzo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo las conclusiones contenidas en los informes técnicos obrantes en el expediente.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 11 de abril de 2013, registrado de entrada el día 17 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 28 de septiembre de 2012, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen en el seno de una intervención quirúrgica tras la cual la paciente no causa alta hospitalaria hasta el 1 de octubre de 2011 (cuando se constata "buena evolución"), por lo que es claro que la reclamación fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo

13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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 en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Imputa la reclamante a la Administración sanitaria la producción de un daño que concreta en un posoperatorio penoso -"temiendo incluso por (su) vida"-, sus constantes "molestias tras las ingestas" y la ulterior extirpación de la vesícula biliar, padecimientos que anuda a las lesiones causadas en el curso de una cirugía endoscópica.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta probada la causación material de un daño -aunque su cuantificación no es rigurosa en el escrito de reclamación-, pues en los informes médicos se constata una lesión quirúrgica en la intervención para la extracción de litiasis consistente en una perforación duodenal retroperitoneal y una pancreatitis aguda -a tenor del informe técnico de evaluación "una 'solución de continuidad' en (el) conducto biliar"- que se resolvió mediante la posterior colecistectomía.

Admitido el engarce fáctico entre la lesión quirúrgica, la convalecencia y el sacrificio de la vesícula, ha de advertirse que la interesada fundamenta doblemente su pretensión indemnizatoria: por un lado, invoca una mala praxis médica intraoperatoria ("perforaron el intestino y se me causa una infección en el páncreas") y posoperatoria (un diagnóstico tardío de la perforación retroperitoneal), y, por otro, manifiesta que "no consta consentimiento informado de la intervención realizada", puntualizando, en su escrito de

alegaciones, que “no fue informada de que a posteriori podría sufrir pancreatitis y perforación retroperitoneal, como así sucedió”.

En torno al primer extremo, este Consejo viene señalando que el servicio público sanitario debe procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de que se obtengan los resultados concretos pretendidos. Por tanto, para apreciar que el daño alegado es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

En el supuesto examinado no se acredita la pretendida negligencia profesional en la realización de la cirugía endoscópica. Al respecto, la perjudicada se detiene -pese a que sobre ella pesa la carga de la prueba- en el relato fáctico de la intervención y la lesión quirúrgica, sin articular -siquiera dialécticamente- la supuesta infracción de la *lex artis ad hoc*. Con marcada vaguedad alude, en su escrito de alegaciones, a un diagnóstico tardío de la “perforación retroperitoneal”, pero en lo actuado no se atisba tal retardo

diagnóstico ni su incidencia en el resultado dañoso. En suma, el enjuiciamiento del quehacer médico ha de fundarse en los criterios técnicos aportados por los informes obrantes en el expediente, todos ellos incorporados por la Administración o por la compañía aseguradora, y, partiendo necesariamente de estos elementos, debe excluirse la invocada mala praxis.

En lo que atañe al consentimiento de la paciente, hemos de comenzar por recordar que el artículo 8 de 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, dispone que "Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso"; consentimiento que, según el apartado 2, "será verbal, por regla general", y por escrito en los casos de "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". La eventual ausencia del consentimiento del paciente comporta, según reiterada doctrina jurisprudencial, la obligación de resarcir el resultado dañoso con independencia de cualquier otra valoración en relación con la adecuación a la *lex artis* del acto médico enjuiciado. El Tribunal Supremo ha señalado con reiteración que la omisión del consentimiento previo informado supone, en sí misma, una "mala praxis ad hoc", y, en estos casos, la responsabilidad "se produce con absoluta independencia de la existencia o no de mala praxis en el acto médico (...), puesto que basta la existencia del daño derivado del mismo cuando falta el consentimiento informado" (Sentencia de 14 de diciembre de 2005 -Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª-, con cita de las Sentencias de la misma Sala y Sección de 26 de marzo de 2002 y de 9 de marzo de 2005).

En el supuesto planteado se admite pacíficamente que la naturaleza de la intervención realizada a la interesada requería, de conformidad con la citada

Ley 41/2002, la constatación escrita de su consentimiento.

En el expediente figura el documento de consentimiento informado para la anestesia general, amén de otros relativos a intervenciones posteriores, pero no el correspondiente a la intervención endoscópica en la que se causa el daño, cuyo "extravío" se reconoce por la Administración. En el informe de la endoscopia practicada el 23 de agosto de 2011 se indica *in fine* que "se adjunta la hoja cumplimentada de consentimiento informado que deberá ser incluida en la historia clínica del usuario", y en el posterior -y escueto- informe del Jefe del Servicio de Digestivo, fechado el 31 de octubre de 2012, se afirma que "antes de la realización de la mencionada exploración endoscópica se cumplimentó la hoja de consentimiento informado, como es preceptivo, firmada por la paciente, en la que se indican claramente los posibles riesgos asociados con su realización". Con ello se apunta a la existencia del soporte documental del que, sin embargo, no hay rastro en la historia clínica de la perjudicada.

En tales condiciones resulta ocioso detenerse en si existió o no un documento firmado, toda vez que el nudo de la controversia no radica en el formal sometimiento de una hoja a la firma de la paciente, sino en su contenido material, en el alcance de la concreta información suministrada, ya fuera escrita o verbal. Queda circunscrito el debate, por tanto, a una cuestión de acreditación de la información suministrada a la paciente, con el correlativo alcance del consentimiento informado por ella prestado. Al respecto, el Tribunal Supremo tiene declarado que la ausencia del soporte documental exigido en la ley no conduce automáticamente a la negación del consentimiento, cuya realidad puede acreditarse por distintos medios; sin embargo, ello supone invertir la carga de la prueba de que efectivamente se proporcionó la información pertinente y se prestó el consentimiento, prueba de un hecho positivo que ha de aportar la Administración (Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 28 de junio de 1999, 4 de abril de 2000 y, más recientemente, 25 de abril de 2005 -todas ellas de la Sección 6.^a-, así como las de 25 de mayo y 27 de diciembre de 2011 -ambas de la Sección 4.^a-). También

hemos señalado en ocasiones precedentes (entre otras, en el Dictamen Núm. 361/2011) que no cabe excluir *a priori* la eficacia del consentimiento verbal; ahora bien, tanto en este supuesto como en el de “extravío” del documento escrito la Administración ha de probar que se proporcionó la información adecuada al paciente, no resultando suficiente a tales efectos “la mera aceptación de la intervención -presumible por su carácter programado, pero carente de sentido informativo-”.

En el expediente analizado, la Administración sanitaria no aporta ningún vestigio de la prueba que pesa sobre ella. Los informes procedentes del centro hospitalario que atendió a la paciente se limitan a señalar que el documento se firmó y que en él se recogían “los posibles riesgos asociados” a la cirugía, obviando toda referencia a si entre tales riesgos figuraba específicamente el que, a la postre, se materializó. No dejan siquiera constancia indirecta del contenido de la hoja firmada -ya sea aportando el modelo utilizado en la práctica hospitalaria o explicitando las complicaciones que allí se mencionaban-, ni se alude a comunicación verbal alguna con la paciente. Solo en el informe emitido a instancias de la aseguradora, rubricado por dos especialistas en Medicina del Aparato Digestivo ajenos a los servicios que atendieron a la enferma, se alude vagamente a que la complicación surgida “se recoge en todos los consentimientos informados”, pero tal manifestación genérica resulta manifiestamente insuficiente a los fines de acreditar que la reclamante fue adecuadamente informada de los riesgos de pancreatitis y perforación duodenal retroperitoneal.

En definitiva, no existe constancia alguna, ni siquiera mención por parte de ninguno de los responsable médicos, de cuál haya sido el contenido de la información suministrada a la paciente, y mucho menos de que entre las posibles complicaciones se le hubiera informado del riesgo que finalmente se materializó, ni de las posibles alternativas al tratamiento, por lo que el daño causado ha de reputarse antijurídico, aunque no se observe ninguna otra violación de la *lex artis ad hoc*.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, así como el carácter antijurídico de este, procede valorar la cuantía de la indemnización solicitada sobre la base de los daños y perjuicios efectivamente acreditados.

Al respecto, hemos de advertir que la Administración, dado el carácter desestimatorio de la propuesta de resolución que formula, no ha analizado la valoración efectuada por la interesada; ausencia que es predicable de todos los elementos indemnizatorios, pero particularmente significativa en lo que se refiere a las secuelas que aquella sufre, toda vez que los días hospitalarios e impeditivos se deducen de lo actuado, pero no ocurre lo mismo con la incidencia de la lesión quirúrgica en la salud de la reclamante, limitándose esta al señalamiento de un montante resarcitorio global.

Como hemos puesto de manifiesto en dictámenes anteriores, para el cálculo de la indemnización correspondiente a los conceptos resarcibles parece apropiado valerse del baremo establecido al efecto en el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), en sus cuantías actualizadas para el año 2013, que, si bien no es de aplicación obligatoria, viene siendo generalmente utilizado, con carácter subsidiario, a falta de otros criterios objetivos.

Por tanto, careciendo este Consejo de elementos de juicio para precisar la valoración de la secuela (que en el referido baremo oscila entre los 10 y los 15 puntos) y para la aplicación de los factores de corrección de la tabla IV de la norma citada, con notable incidencia en la cuantía indemnizatoria a establecer, consideramos que ha de ser la Administración quien, realizando los actos de instrucción necesarios para la comprobación de todos estos extremos, puede y debe fijar la cuantía de la indemnización total que ha de abonar a la perjudicada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando total o parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos expresados en el cuerpo de este dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.