

Expediente Núm. 13/2014  
Dictamen Núm. 30/2014

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*García Gutiérrez, José María*  
*Zapico del Fueyo, Rosa María*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de febrero de 2014, 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 7 de enero de 2014 -registrada de entrada el día 15 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados de una prueba diagnóstica realizada en un hospital público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 8 de mayo de 2013, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la realización de una colonoscopia en el Hospital ..... el día 18 de mayo de 2012.

Refiere que se sometió a dicha prueba “para control de diarrea y rectorragia” y que ya de vuelta en su domicilio “tuvo que llamar a la ambulancia

de Soporte Vital Avanzado ante los fuertes dolores que sufría”, precisando que fue trasladado al mismo hospital, en el que ingresa desde el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de “perforación en sigma poscolonoscopia”. Se le practicó una laparoscopia diagnóstica en la que se visualiza “peritonitis pélvica por perforación sigmoidea” y se realizó “sutura con epiploplastia, lavados y drenaje” por laparoscopia. Recibió el alta hospitalaria el día 23 de mayo de 2012 y el alta laboral el 28 de junio del mismo año.

Considera que el diagnóstico de “perforación sigmoidea-poscolonoscopia” evidencia la clara relación causa-efecto entre la colonoscopia practicada el 18-5-13 (*sic*) por la mañana y la perforación sufrida por el paciente ese mismo día por la tarde”.

Valora los daños ocasionados en ocho mil cuatrocientos cincuenta y cinco euros con veintiséis céntimos (8.455,26 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 6 días hospitalarios, a razón de 69,61 €/día, 417,66 €; 36 días improductivos, a razón de 56,60 €/día, 2.037,60 €, y daños morales derivados del sufrimiento padecido, 6.000 €.

Solicita que se le reconozca el derecho a una indemnización en el citado importe, más los intereses legales desde la reclamación.

Adjunta, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de colonoscopia del Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital ....., de 18 de mayo de 2012. b) Informe relativo a la asistencia prestada por la Central de Coordinación del SAMU Asturias el día 18 de mayo de 2012, en el que consta que el reclamante fue trasladado al Hospital ..... en una Ambulancia de Soporte Vital Avanzado, llegando al hospital a las 16:05 horas. c) Informe clínico asistencial del SAMU de 18 de mayo de 2012, en el que se indica que el interesado fue atendido por “perforación víscera hueca”. En el apartado relativo a la exploración figura que “realizó colonoscopia a las 13:30 horas” y “hace 30’ inició cuadro brusco de dolor abdominal”. d) Informe clínico de alta del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital ..... de 23 de mayo de 2012, relativo a un ingreso el día 18 del mismo mes, en el que se señala que ese mismo día “se realiza laparoscopia diagnóstica, visualizando peritonitis pélvica con líquido

seropurulento secundario a perforación libre sigmoidea. Se realiza sutura de la perforación con epiploplastia, lavados y drenaje por vía laparoscópica (...). El posoperatorio se desarrolla con normalidad". Como diagnóstico consta "peritonitis pélvica por perforación sigmoidea". e) Parte de control de bajas/altas médicas de la Dirección General de la Guardia Civil, de fecha 28 de junio de 2012, por "peritonitis pélvica por perforación sigmoidea".

**2.** Mediante escrito de 13 de mayo de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria comunica al perjudicado la fecha de recepción 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.** Con fecha 14 de mayo de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada para elaborar el informe técnico de evaluación solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de la historia clínica del reclamante y un informe del Servicio que prestó la asistencia (Digestivo).

**4.** El día 24 de mayo de 2013, la Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Prestaciones, Centros y Servicios Sanitarios la historia clínica solicitada y el informe del Servicio de Digestivo del Hospital .....

En la historia clínica figuran los documentos aportados por el reclamante y, entre otros, los siguientes: a) Hojas de informe del Servicio de Digestivo, relativas a las consultas efectuadas el 30 de marzo de 1998, por rectorragia, y 29 de febrero de 2012, en la que se anotan antecedentes de ERGE erosiva y rectorragia desde 2005, "colono" en 1995, "operado hemorroides y hernia hiato" y los tratamientos que toma, consignándose como enfermedad actual que "desde hace 1 mes, 3-4 dep./día, como agua", como juicio clínico "SII" y como plan "colonoscopia". b) Hojas de informe del Servicio de Cirugía, en las que consta la realización de una hemorroidectomía en 1992 y Nissen por laparoscopia por hernia de hiato el 7 de diciembre de 2006. c) Nota informativa

sobre colonoscopia, sin fecha y suscrita por el reclamante, en la que figura que "las complicaciones más importantes derivadas de la colonoscopia son inferior al 0,5%, aumentando en caso de realizar polipectomía"; se especifica que el riesgo de perforación es "menos de 2 por cada 1.000" y el de hemorragia "menos de 7 cada 1.000". d) Hoja de consentimiento para colonoscopia, suscrito por el reclamante el 10 de septiembre de 2004, en el que figura que "a pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como (...) hemorragia, perforación, infección (...) que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad". e) Hoja de consentimiento informado para colonoscopia-ileoscopia, suscrito por el reclamante el 29 de febrero de 2012, en el que se reflejan como riesgos del procedimiento "hemorragia, perforación, infección (y) dolor abdominal" que pueden presentarse "a pesar de la adecuada elección de la técnica". Se indica que "pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un mínimo riesgo de mortalidad". f) Informes relativos a la práctica de una gastroscopia el 31 de agosto de 2005 y tres colonoscopias los días 7 de junio de 1991, 17 de agosto de 1998 y 10 de septiembre de 2004.

El informe suscrito por el Jefe de la Sección de Aparato Digestivo el 4 de junio de 2013 refiere que el día 18 de mayo de 2012 se le practicó al paciente "una colonoscopia diagnóstica, solicitada ambulatoriamente por presentar diarrea y rectorragia, realizándose esta sin ningún tipo de complicación, según consta en historial clínico./ A las 15:29 horas, cuando ya se encontraba en casa, presenta cuadro clínico compatible con perforación endoscópica, motivo por el cual fue remitido a Urgencias./ En relación a este hecho (se debe) indicar que la técnica endoscópica fue realizada correctamente, según consta en la historia clínica, y que la perforación endoscópica es una complicación reconocida, con una incidencia baja (0,016-0,19%), y que queda reflejada en el consentimiento informado que se adjunta a los pacientes antes de la realización de la prueba".

**5.** Con fecha 18 de junio de 2013, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras describir los hechos, señala que “la perforación es una de las posibles complicaciones de la colonoscopia, hecho del que el paciente fue informado, tal como consta en el documento de consentimiento informado por él firmado, por lo que nos encontramos ante la materialización de un riesgo típico de la colonoscopia”.

**6.** Mediante escritos de 24 de junio de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**7.** Con fecha 15 de septiembre de 2013, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por dos especialistas en Aparato Digestivo. En relación con la colonoscopia, afirman que “las variaciones anatómicas en la conformación del colon sigmoide influyen decisivamente en la dificultad de paso y el aumento de complicaciones durante la colonoscopia diagnóstica. El conseguir un buen paso a través del colon sigmoide (...) es un elemento crítico para el éxito de la colonoscopia. Pero ello no es siempre posible, aún en las mejores manos”, y se “agrava en pacientes con cirugías abdominales previas, como en el caso de este (...), que pueden tener adherencias que limiten de modo exagerado los movimientos del meso”, aclarando que este enfermo “no reunía características de comorbilidad que ‘a priori’ hicieran necesaria una redacción específica del documento de consentimiento informado, tan solo presentaba cirugías abdominales previas, situación habitual que únicamente incrementa levemente el riesgo”. Concluyen que el paciente “padeció un cambio de ritmo intestinal con rectorragia y fue remitido al Hospital ..... a realizarse una colonoscopia diagnóstica, prueba no desconocida para él (ya se había hecho alguna otra) y de la que conocía sus riesgos-beneficios y eventuales complicaciones, y por ello firmó el pertinente

consentimiento informado. La prueba estaba correctamente indicada y el paciente suficientemente informado (...). Durante la misma no se objetivó complicación alguna y fue dado de alta. Al llegar a su domicilio comenzó con intenso dolor abdominal, siendo diagnosticado e intervenido de urgencias de una perforación de 1 cm en el colon sigmoide. Dicha complicación viene recogida en el documento de consentimiento informado de la colonoscopia (...). La técnica quirúrgica realizada fue adecuada y se actuó con suficiente prontitud, por vía laparoscópica. La evolución fue buena y fue dado de alta tan solo 5 días después (...). En conclusión, a la vista de la documentación analizada, la actuación de los sanitarios" del servicio público de salud "se adecuó en todo momento a la lex artis ad hoc".

**8.** Mediante escrito notificado al reclamante el 14 de octubre de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 23 de ese mismo mes se persona este en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por quinientos siete (507) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**9.** Con fecha 28 de octubre de 2013, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que insiste en los términos de su reclamación inicial, aunque reconoce que "presenta antecedente de otra colonoscopia y cirugías abdominales previas (...) que incrementan el riesgo de la perforación". Alega que el documento de consentimiento informado firmado por él "es un documento estándar en el que no se reflejan (...) factores de mayor riesgo, sin que consten tampoco riesgos personalizados y alternativas". Cita al respecto la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de diciembre de 2009 (*sic*, en realidad 2007), dictada en casación para la unificación de doctrina, en la que se declara que "el

consentimiento informado no puede convertirse en un trámite rutinario burocrático, pues va más allá de formularios estereotipados, no se desprende la necesaria información completa comprensible por el paciente, cuya prueba pesa sobre la Administración, pues esos riesgos generales no pueden ser, sin más, información suficiente relativa al riesgo personalizado”, recogida en otra del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de noviembre de 2012 -Sala de lo Contencioso-Administrativo-.

**10.** El día 26 de noviembre de 2013, el Coordinador de Régimen Disciplinario y Responsabilidad Patrimonial elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que, si bien en el documento de consentimiento informado firmado por el perjudicado “no constan riesgos personalizados”, es “cierto” que se consigna en el mismo que la “perforación” es “una de las posibles complicaciones de la colonoscopia y que la prueba no era desconocida para él, por lo que ya conocía sus riesgos-beneficios y eventuales complicaciones”. Añade, citando el informe emitido a instancias de la compañía aseguradora, que el paciente “no reunía características de comorbilidad que `a priori´ hicieran necesaria una redacción específica del documento de consentimiento informado, tan solo presentaba cirugías abdominales previas, situación habitual que únicamente incrementa levemente el riesgo”. Por ello, concluye que “el paciente estaba suficientemente informado respecto al procedimiento que se realizó” y que la asistencia prestada “se ajustó a la *lex artis ad hoc*”.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de enero de 2014, registrado de entrada el día 15 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 el interesado activamente legitimado 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 8 de mayo de 2013, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 18 de mayo de 2012, por lo que es claro que 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.-** Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que el

interesado atribuye a la realización de una colonoscopia en un hospital público el día 18 de mayo de 2012.

Consta acreditado en el expediente que el mismo día se le diagnosticó una peritonitis pélvica por perforación sigmoidea que precisó sutura por vía laparoscópica, por lo que debemos apreciar un daño efectivo, individual y susceptible de evaluación económica.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre 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 eventualmente pueda sufrir 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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante 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.

Consta en la documentación obrante en el expediente que el reclamante se sometió en 1992 a una hemorroidectomía y en 2006 a una intervención quirúrgica para reducción de hernia de hiato, y también que en 1991, 1998 y 2004 se le realizaron colonoscopias y en 2005 una gastroscopia. Asimismo, consultó en febrero de 2012 por ERGE erosiva y rectorragia.

Para sostener la reclamación que formula, el interesado alega la existencia de relación de causalidad entre la colonoscopia que se le practicó el día 18 de mayo de 2012 y la perforación que sufrió ese mismo día por la tarde.

No se discute en el caso el vínculo fáctico entre la perforación sigmoidea padecida por el reclamante y la colonoscopia que se le efectuó en un hospital público. Sin embargo, este hecho no revela una técnica inadecuada en la realización de la colonoscopia. Los especialistas en Aparato Digestivo señalan que no siempre es posible, "aun en las mejores manos", conseguir un buen paso a través del colon sigmoide debido a las variaciones anatómicas, que en este caso estarían justificadas por la cirugía abdominal previa.

Los diferentes informes emitidos durante la instrucción del procedimiento refieren que la perforación es una de las complicaciones de la colonoscopia y que consta en el documento de consentimiento informado suscrito por el interesado, de lo que resulta que conoció el riesgo de que se produjera antes de someterse a la prueba y lo asumió, por lo que está obligado a soportar el daño.

Además, los especialistas en Aparato Digestivo consignan que la colonoscopia estaba correctamente indicada, y que surgida la complicación se trató de forma adecuada y con suficiente prontitud. De hecho, la evolución fue buena y el paciente fue dado de alta a los 5 días del ingreso.

Por tanto, todos ellos concluyen que la actuación de los facultativos responsables de la asistencia prestada se adecuó en todo momento a la *lex artis ad hoc*.

En el trámite de audiencia el interesado tacha el documento de consentimiento que suscribió al considerar que omite información sobre factores de mayor riesgo, riesgos específicos -que en su caso concreto se refieren a cirugía abdominal previa, como establece el informe de los especialistas en Aparato Digestivo- y alternativas. En apoyo de su alegato cita la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de diciembre de 2009 (*sic*, en realidad 2007), dictada en casación para la unificación de doctrina, según la cual “el consentimiento informado no puede convertirse en un trámite rutinario burocrático, pues va más allá de formularios estereotipados, no se desprende la necesaria información completa comprensible por el paciente, cuya prueba pesa sobre la Administración, pues esos riesgos generales no pueden ser, sin más, información suficiente relativa al riesgo personalizado”, y recogida en la del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de noviembre de 2012 -Sala de lo Contencioso-Administrativo-.

Este Consejo Consultivo ha manifestado en dictámenes anteriores que el deber de informar no tiene el carácter de absoluto y omnicomprendido y que ha de extenderse a las complicaciones y a los riesgos que pueden surgir durante la operación y a posteriori, a los “riesgos relacionados con las circunstancias personales (...) del paciente” y a los “riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención”, en los términos de lo establecido en el artículo 10.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Resulta obvio que para que el consentimiento prestado por un paciente sea eficaz es preciso que se dé con conocimiento de causa, lo que radica en la entidad de la información suministrada por el servicio sanitario y recibida por el enfermo como garantía de prestación de un consentimiento expresa y suficientemente informado, cuya relevancia como manifestación de la facultad de autodeterminación del paciente -facultad inherente a su derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 de la Constitución)- ha sido puesta de manifiesto por el Tribunal Constitucional en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

En este caso, los especialistas en Aparato Digestivo señalan que la cirugía abdominal previa es una situación habitual que solo incrementa levemente el riesgo de perforación, y niegan que el paciente presentara características de comorbilidad. En el trámite de audiencia nada se opone por el reclamante a estas consideraciones, por lo que no cabe apreciar -como reprocha- omisión en el consentimiento informado de riesgos relacionados con sus circunstancias personales. Nos encontraríamos con un riesgo directamente vinculado al tipo de intervención y de cuya tasa normal consta haber sido informado el paciente, toda vez que figura en una hoja informativa suscrita por él, aunque sin fecha.

La doctrina del Tribunal Supremo alegada por el reclamante, contenida en la Sentencia de 19 de diciembre de 2007, no apoya su pretensión. En ella se hace constar que "esta Sala, entre otras en su Sentencia de 21 de marzo de 2007 (...) ha señalado que si la exigencia del consentimiento informado no quiere convertirse en una mera rutina formularia sino que responda a la realidad de ofrecer al paciente la posibilidad de plena información que le permita adoptar una decisión en orden a la prestación sanitaria a recibir, es necesario que el documento en que se presta el consentimiento por el paciente no constituya un simple documento de consentimiento informado genérico, sino que se adecúe a las necesarias exigencias de concreción en cuanto a la específica operación quirúrgica a la que aquel paciente va a ser sometido", y falla no haber lugar al recurso, pues en el caso enjuiciado en la misma "la Sala de instancia tiene por probado que se otorgó un consentimiento informado específico respecto a los riesgos de una intervención quirúrgica, que se considera realizada (...) con arreglo a la 'lex artis'", como sucede en el presente caso, en que se otorgó un consentimiento informado específico para una colonoscopia.

En cuanto al reproche que hace el reclamante sobre la falta de información de una posible agravación de un riesgo inherente a la colonoscopia realizada, aunque es cierto que el consentimiento informado no lo menciona, es una realidad indubitada que conocía la mecánica de la prueba -que se le había

realizado en otras ocasiones- y el riesgo de perforación que conlleva, como se desprende del largo historial de patologías digestivas por las que se sometió - antes de la que se analiza- a tres colonoscopias y a una gastroscopia, lo que hace imposible aceptar la falta de conocimiento e información que pretende trasladar.

En definitiva, no cabe estimar que el daño sufrido por el interesado se haya debido al funcionamiento del servicio público sanitario, que fue correcto. Nos encontramos ante la materialización de un riesgo derivado de la realización de una prueba diagnóstica que el interesado conocía y que asumió antes de su práctica, por lo que está obligado a soportarlo.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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.