



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y  
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 31 de julio de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 3 de julio de 2008 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a ésta en el Hospital hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 11 de julio de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 614/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

**Primero.-** El 18 de mayo de 2004, D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por las lesiones y secuelas físicas y psíquicas derivadas de la intervención quirúrgica -tiroidectomía subtotal- a que fue sometida su



representada el 22 de mayo de 2003, como consecuencia de la enfermedad de Graves Basedow que padecía.

Considera, además, que no fue informada de las alternativas quirúrgicas o no quirúrgicas al tratamiento, ni de los inconvenientes, ventajas, resultados y posibles complicaciones de la intervención, lo que le impidió optar por una solución médica distinta o valorar la conveniencia o no de someterse a la operación.

Reclama, por ello, una indemnización de 469.219,68 euros.

Adjunta a su reclamación copia del apoderamiento otorgado al compareciente para actuar en nombre de la reclamante, de diversos informes médicos, de los consentimientos informados para anestesia y para intervención quirúrgica, de un informe médico de valoración de lesiones y secuelas, fechado el 27 de abril de 2004, así como de documentación relativa a su actividad profesional (titulación, contratos, certificados).

**Segundo.-** Al expediente se incorporado, además de la historia clínica de la reclamante, la siguiente documentación:

- Informe del Jefe de Sección de Cirugía, de 8 de julio de 2004.
- Informes, fechados los días 12 y 15 de julio de 2004, de los profesionales de la Unidad de Cirugía Laparoscópica del Hospital hhhhh, intervinientes en la operación.
- Informe de la Inspección Médica, de 16 de agosto de 2004.
- Dictamen médico, de fecha 2 de noviembre de 2004, realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración.

**Tercero.-** Concedido el trámite de audiencia, la parte reclamante reitera su pretensión resarcitoria.

**Cuarto.-** Con fecha 5 de junio de 2008, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula una propuesta de orden en el sentido de desestimar la reclamación interpuesta.



**Quinto.-** El 13 de junio de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden mencionada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen de acuerdo con lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (18 de mayo de 2004) hasta que se formula la propuesta de orden (5 de junio de 2008). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en



virtud de lo establecido en los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la mencionada Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la también citada Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.



f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por Dña. xxxxx, por las secuelas derivadas de la intervención quirúrgica a que fue sometida como consecuencia de la enfermedad de Graves Basedow que padecía.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

**6ª.-** En cuanto al fondo del asunto, es preciso analizar por separado las diferentes cuestiones planteadas en la reclamación.

A) En primer lugar, se alega que las secuelas que padece (parálisis laríngea bilateral en aducción mediana/paramediana de cuerdas vocales, disnea, disfagia para líquidos y disfonía) son consecuencia de la intervención quirúrgica –incisión de Kocher y tiroidectomía- a que fue sometida para tratar la enfermedad de Graves Basedow que padecía.

El parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho



criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

En el presente caso, la reclamante, nacida en 1971, diagnosticada de síndrome de Graves Basedow, estuvo en tratamiento médico por el Servicio de Endocrinología. A pesar de que su función tiroidea estaba controlada, el bocio (crecimiento de la glándula tiroidea) que padecía le producía molestias faríngeas y dificultades a la deglución, por lo que se decidió instaurar tratamiento quirúrgico sobre la glándula tiroidea y fue enviada al Servicio de Cirugía General, ingresando el 20 de mayo de 2003. Este Servicio, tras confirmar el diagnóstico, propuso a la paciente tratamiento quirúrgico mediante una tiroidectomía subtotal, lo que fue aceptado por ella. Tras el preoperatorio favorable, la intervención se realizó el 22 de mayo de 2003 sin incidencia alguna reseñable.

El postoperatorio inmediato evolucionó sin problemas y la enferma fue extubada de inmediato, toleró líquidos por la tarde y no presentó disfonía, por lo que fue dada de alta en la Unidad de Reanimación ese mismo día. El postoperatorio en planta no presentó incidencias salvo exudado de la herida cervical. El día 25 de mayo se le dio permiso para salir del hospital y acudir a su colegio electoral a votar.

A partir del día 26 de mayo, refirió cierto ronquido para dormir y leve disfonía. Comenzó con dificultades para deglutir líquidos, pero se alimentó sin problemas por vía oral. El 28 de mayo, al presentar disfagia (dificultad para deglutir) a líquidos, se solicitó consulta al Servicio de Otorrinolaringología, que detectó una faringe roja y unas cuerdas vocales rojas y móviles. El 4 de junio fue dada de alta.

En las revisiones posteriores refirió disfonía, por lo que se volvió a solicitar consulta al Servicio de Otorrinolaringología, el cual informó que ambas cuerdas vocales estaban patéticas (se movían menos) y muy secas y recomendaron la realización de rehabilitación foniatría. Ésta se desarrolló desde el 22 de julio hasta el 16 de septiembre de 2003, sin apenas mejoría.



Paulatinamente apareció un cuadro de disnea (dificultad para respirar) progresiva provocado por una parálisis de ambas cuerdas vocales en posición de aducción (cierre) paramediana (cerca del centro). En septiembre de 2003 se recomendó seguir la evolución hasta que en diciembre de ese año se propuso tratamiento quirúrgico (resección con láser de fragmento de cuerda vocal).

Con la intervención, realizada el 8 de enero de 2004 en el Hospital hhhhh, se consiguió mejorar el espacio respiratorio a costa del empeoramiento de la emisión vocal. El neumólogo confirmó una obstrucción severa con FEV1=51% y disfunción de las cuerdas vocales, y recomendó rehabilitación sin necesidad de nuevas revisiones por dicho especialista. Simultáneamente, la psicóloga describió un trastorno adaptativo de la paciente con reacción mixta de ansiedad y depresión derivados, al parecer, de las consecuencias de la intervención (dificultades respiratorias, reducción de la capacidad de esfuerzo, disminución del volumen de voz).

Pues bien, a la vista de estos hechos, la Inspección Médica afirma que la tiroidectomía subtotal se realizó sin complicaciones, que los nervios recurrentes no fueron lesionados durante la intervención -puesto que, en caso contrario, la sintomatología habría sido inmediata- y que la afectación de las cuerdas vocales -producida posiblemente durante la estancia en el quirófano-, es una consecuencia inherente a las técnicas utilizadas.

El informe de la Facultativo Especialista de Área de la Unidad de Cirugía Laparoscópica reitera que la intervención se realizó sin complicaciones y que finalizada la misma se pudo comprobar que la faringe estaba roja y las cuerdas vocales estaban rojas y móviles. Y asevera que esta circunstancia pone de relieve "que la intervención se realizó correctamente, ya que si se hubieran lesionado los nervios laríngeos recurrentes durante la misma, las cuerdas vocales estarían paralizadas desde ese momento". Por ello, afirma "que la parálisis laríngea bilateral en aducción mediana/paramediana de cuerdas vocales que presenta la paciente en ningún caso puede derivar de la propia intervención quirúrgica". Criterio que es compartido por el Jefe de Sección de Cirugía.

Abundando en lo anterior, el dictamen médico expone que "en el caso de esta paciente, es cierto que a partir del 5º o 6º día del postoperatorio surgen síntomas que hacen pensar en una parálisis recurrencial bilateral por lesión de



los nervios recurrentes. Es evidente que esta parálisis está en relación con la intervención quirúrgica que se había realizado días atrás; de hecho, las lesiones de este tipo están descritas en la cirugía de tiroides. Concretamente, en la tiroidectomía subtotal se han descrito lesiones de los nervios recurrentes en el postoperatorio en un 5% de casos incluso conservando la estructura del nervio intacta". Sin embargo, considera que la lesión del nervio ocurrió, no por daño directo causado en la intervención, sino que se originó en un momento posterior por fenómenos inflamatorios o isquémicos (falta de irrigación), que también están descritos como complicaciones, y que no dependen de la forma en que se haya realizado la cirugía sino de las circunstancias propias del paciente. Y añade que el hecho de que en la primera exploración realizada por el Servicio de Otorrinolaringología no se observara parálisis alguna -sino que ésta apareciera en una exploración realizada semanas después- corrobora esta opinión.

En cualquier caso, los diversos profesionales informantes coinciden en señalar que, una vez aparecida la complicación descrita, los servicios médicos actuaron de forma correcta y adecuada.

En definitiva, cabe entender que la lesión del nervio recurrente es un riesgo propio de la intervención quirúrgica a la que fue sometida la reclamante; y que la aparición de sus síntomas cinco o seis días después de la cirugía, junto con los resultados de la primera exploración otorrinolaringológica realizada (faringe roja y cuerda vocales rojas y móviles), permiten descartar que la lesión fuera ocasionada durante la cirugía. No cabe, por tanto, apreciar una actuación incorrecta de los profesionales sanitarios durante la práctica de la operación, sin que por parte de los reclamantes se haya aportado prueba alguna que acredite una mala praxis médica.

B) En segundo lugar, la consideración de los daños sufridos por la reclamante como riesgos propios de la intervención quirúrgica obliga a analizar el contenido de la información suministrada sobre los riesgos de la operación.

El artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ya reconocía el derecho del paciente a recibir, en términos comprensibles, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (apartado 5), así como la necesidad de obtener el previo consentimiento escrito del usuario





para la realización de cualquier intervención (apartado 6), con las excepciones previstas legalmente.

Actualmente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y en nuestra Comunidad la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y obligaciones en relación con la salud, han venido a concretar los límites precisos del derecho a la información del paciente (y la correlativa obligación por parte de la Administración sanitaria) y acentúan la necesidad de su constancia por escrito para determinados supuestos.

Debe advertirse, por su carácter relevante para la resolución del asunto, que la intervención quirúrgica se realizó el 22 de mayo de 2003, es decir, siendo ya de aplicación la Ley 41/2002, de 14 de noviembre -vigente desde el 15 de mayo de 2003-, pero no así la Ley 8/2003, de 8 de abril -cuya entrada en vigor se produjo el 30 de mayo de 2003-.

Como indica el artículo 2.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, el previo consentimiento se requiere, con carácter general, para toda actuación en el ámbito de la sanidad; consentimiento que, como indica dicho precepto, debe obtenerse después de recibir una información adecuada, sin que esta expresión deba entenderse en el sentido de información completa. Y ello porque como señaló el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de noviembre de 2004 -recogida en supuestos semejantes por este Órgano Consultivo (entre otros, Dictámenes 372/2006, de 31 de agosto, y 442/2007, de 7 de junio)-, “la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada –puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente– y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario (...)”.

El derecho a conocer toda la información disponible con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, se recoge en el artículo 4.1 de la



Ley 41/2002, de 14 de noviembre; información que, como regla general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica. Correlativamente, el artículo 8.2 establece que el consentimiento será verbal por regla general, debiendo prestarse por escrito, entre otros supuestos, en los de intervención quirúrgica. Y el apartado 3 de este precepto indica que el consentimiento escrito del paciente tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

El artículo 10.1 preceptúa que, antes de recabar el consentimiento escrito del paciente, el facultativo le proporcionará la información básica siguiente: las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y las contraindicaciones. No obstante, su párrafo segundo añade que “el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente”.

Esta regulación ha venido a consagrar la doctrina del Tribunal Supremo, recogida en la mencionada sentencia de 26 de noviembre de 2004, según la cual “la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, la nueva normativa contenida en la Ley General de Sanidad tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración). La obligación de recabar el consentimiento informado de palabra y por escrito obliga a entender que, de haberse cumplido de manera adecuada la obligación, habría podido fácilmente la Administración demostrar la existencia de dicha información. Es bien sabido que el principio general de la carga de la prueba sufre una notable excepción en los casos en que se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por la Administración. Por otra parte, no es exigible a la parte recurrente la justificación de no haberse producido la información, dado el carácter negativo de este hecho, cuya prueba supondría para ella una grave dificultad”.



En el caso sometido a dictamen, consta en el expediente (folio 83 de la historia clínica y folio 15 del expediente remitido) el impreso denominado "Información general para intervención quirúrgica" firmado por la reclamante. Ciertamente es que se trata de un impreso genérico, si bien referido en este caso – pues así se indica – a la intervención quirúrgica "tiroidectomía total" (sic) a la que iba a ser sometida la paciente. Pero también lo es que en dicho documento la firmante asume las siguientes declaraciones:

"Queda informado/a que será intervenido quirúrgicamente de enfermedad de Graves Basedow. (...)

»He sido informado de las alternativas quirúrgicas al tratamiento. Igualmente de las alternativas no quirúrgicas al tratamiento, así como de los inconvenientes, ventajas y resultados de los mismos.

»Los riesgos a que me someto dependen de mi estado general, de otras enfermedades asociadas y de la respuesta de mi organismo a la operación. (...)

»Entiendo que hay una serie de riesgos o complicaciones más frecuentes, tanto en la intervención como en el post-operatorio, relacionados con infección, coagulación de sangre, hemorragia y reacción alérgica. Así mismo, otras menos frecuentes, pero de mayores consecuencias e incluso irreversibles.

»Se me ha dado la oportunidad de preguntar ampliamente sobre mi enfermedad y los procedimientos para tratarla (curarla, mejorarla o aliviarla).

»Por tanto, libre y conscientemente, decido y autorizo a la Dra. (...) para que practique la técnica propuesta, habiéndome informado de los riesgos y ventajas del procedimiento y de otras alternativas".

Consta, pues, que la paciente autorizó someterse a una tiroidectomía para tratar la enfermedad de Graves Basedow que padecía.

Sin embargo, la reclamante considera que el documento de consentimiento es genérico y no reúne los requisitos mínimos exigibles, al



carecer de información sobre las alternativas quirúrgicas o no quirúrgicas, inconvenientes, ventajas, resultados y posibles complicaciones de la intervención, lo que le ha privado de la posibilidad de valorar la opción de someterse o no a la intervención.

Ya se ha expuesto *ut supra* que en el momento de la intervención quirúrgica no se encontraba vigente la Ley 8/2003, de 8 de abril, que prevé un contenido mínimo para el documento de consentimiento informado, sino únicamente la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

El artículo 8.3 de esta norma exige que el consentimiento escrito del paciente tenga información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre los riesgos de la intervención. Y el artículo 10 obliga a que dicha información sea facilitada por el facultativo al paciente con carácter previo al otorgamiento del consentimiento.

Pues bien, el documento de consentimiento informado obrante en el expediente no menciona ni el procedimiento quirúrgico, ni las alternativas terapéuticas a la intervención ni los riesgos inherentes a la cirugía. Lo que, en principio, obligaría a entender que el consentimiento fue prestado por la paciente careciendo de la información mínima exigible para valorar las opciones terapéuticas existentes.

Sin embargo, la exigencia de que conste por escrito la información suministrada debe ser coherente con el principio que informa en este punto la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cual es el derecho de los pacientes a obtener, con carácter previo a las actuaciones sanitarias, la información adecuada que les permita decidir entre las opciones clínicas disponibles. Cabe entender, por tanto, que la constancia por escrito de la información suministrada tiene por objeto no sólo acreditar el contenido de la información facilitada, sino también que ésta ha sido efectivamente proporcionada al paciente, garantizando así su derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles (artículo 2.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).



Pues bien, una valoración conjunta y ponderada de las pruebas obrantes en el expediente permite apreciar indicios suficientes de que la paciente fue informada adecuadamente de los extremos exigidos por la normativa.

Por una parte, la médico interviniente afirma en su informe que “la intervención quirúrgica se llevó a cabo tras ser informada minuciosamente la paciente acerca de la misma, dándose la circunstancia de que el trato fue especialmente esmerado al ser familiar de un compañero. Tras llevar a cabo dicha información, con análisis de su caso concreto, se le expuso a la paciente la necesidad de intervención al no haber alternativa a la misma por haber fracasado el tratamiento conservador, así como las posibles consecuencias de no llevarla a cabo, dándole la posibilidad de preguntar ampliamente sobre su enfermedad y procedimientos”.

Estas afirmaciones (en particular, la de haber sido informada verbalmente de forma minuciosa y la de que el trato fue especialmente esmerado al ser familiar de un compañero) no han sido contradichas en ningún momento por la reclamante, por lo que parecen haber sido admitidas tácitamente, máxime cuando ésta se ha limitado en el trámite de audiencia a invocar genéricamente la “carencia de consentimiento informado previo a la operación”, alegación que, como se ha expuesto, no puede prosperar habida cuenta que tal documento sí ha sido firmado. Debe insistirse en que la reclamante alega falta de información basándose únicamente en el contenido del documento de consentimiento informado, omitiendo cualquier referencia positiva o negativa a la información verbal que pudiera habersele suministrado.

Por otra parte, el Jefe de Sección de Cirugía es tajante al afirmar que no existían ni alternativas no quirúrgicas al tratamiento, puesto que éstas habían sido realizadas en el Servicio de Endocrinología y habían fracasado –razón por la que fue remitida a cirugía-; ni alternativas quirúrgicas diferentes al tratamiento a que se sometió la reclamante. Ello implica no sólo la inexistencia de información a facilitar en relación con estos aspectos, sino también la presunción de que la paciente era conocedora de ellos, pues resulta difícilmente explicable que fuera derivada al Servicio de Cirugía desde el Servicio de Endocrinología sin ningún tipo de explicación.

En virtud de lo expuesto, cabe apreciar que existe prueba suficiente de que la reclamante fue informada adecuadamente de forma verbal de la intervención a que iba a ser sometida y de las posibles complicaciones que



podían surgir. Este criterio parece ser el sustentado asimismo por el Juzgado de lo Contencioso-administrativo nº 2 de Valladolid en su Sentencia 199/2007, de 8 de junio de 2007.

En definitiva, al ser las lesiones por las que reclama complicaciones propias de la intervención a que fue sometida la paciente, habiendo sido ésta adecuadamente informada y no apreciándose mala praxis en los profesionales intervinientes, procede desestimar la reclamación.

Finalmente, este Consejo no puede dejar de advertir que el documento de consentimiento informado no recoge la información suministrada con carácter previo al otorgamiento del consentimiento, lo que sería muy deseable. Ciertamente es que este Órgano Consultivo ha señalado en otros supuestos similares (*a.e.* Dictamen nº 355/2005, de 19 de mayo, y 442/2007, de 14 de junio), que la firma de los documentos de consentimiento informado no es un nuevo formulismo carente de sentido, y que sólo probadas circunstancias extraordinarias podrían dejar sin efecto la presunción de que quien firma el consentimiento informado está básicamente enterado de la intervención que se le va a practicar y de los riesgos que corre al someterse a la misma. Sin embargo, también lo es que, actualmente en nuestra Comunidad, la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y obligaciones en relación con la salud, exige que el documento de consentimiento informado sea específico para cada supuesto, sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general, y que dicho documento tenga el contenido mínimo del artículo 34.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a ésta en el Hospital hhhhh de xxxxx.



**CONSEJO  
CONSULTIVO**  
DE CASTILLA Y LEÓN

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