



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Sobrini Lacruz, Consejero
Sr. Ramos Antón, Consejero y
Ponente

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 23 de septiembre de 2015, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHOS

El día 25 de agosto de 2015 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada en el Hospital Clínico Universitario de xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 26 de agosto de 2015, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 365/2015, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa su ampliación, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014, de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Ramos Antón.

Primero.- El 20 de octubre de 2014 D. xxx, de 47 años de edad, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autonómica, debido a los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital Clínico Universitario de xxxx1, que

atribuye a una mala *praxis* médica en la cirugía de hernia inguinal izquierda de la que fue intervenido el 21 de octubre de 2013 y en la que se produjo una afectación de nervio inguinal y a la ausencia de información sobre los riesgos de la intervención y de firma del consentimiento informado.

Acompaña a la reclamación copia de diversa documentación clínica sobre el proceso asistencial.

Segundo.- Al expediente se incorporan, además de la historia clínica, informes del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Clínico Universitario de xxxx1 de 14, 17 y 18 de noviembre de 2014, del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor del mismo Hospital de 16 de diciembre de 2014 y 15 de enero de 2015, de la Inspección Médica de 9 de febrero de 2015 y dictamen médico pericial emitido a instancia de la aseguradora de la Administración el 14 de marzo del mismo año.

Tercero.- El 24 de marzo de 2015 se concede trámite de audiencia al reclamante, quien el 12 de mayo presenta alegaciones en las que reitera la pretensión y concreta la indemnización solicitada en un total de 276.840,77 euros, por los conceptos de incapacidad temporal y secuelas. Reclama igualmente el coste de por vida de los tratamientos públicos o privados precisos para afrontar los daños sufridos.

Cuarto.- El 30 de junio se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación presentada.

Quinto.- El 31 de julio de 2015 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad emite informe sobre la reclamación presentada, en el que indica que ante la ausencia de consentimiento informado escrito debe estimarse parcialmente la reclamación presentada. No se pronuncia, no obstante, acerca del alcance de la referida estimación parcial, ni de si esta debe serlo por desestimación de alguno de los conceptos indemnizatorios o, únicamente, por la minoración del importe en alguno o algunos de los reclamados.

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.i),1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la 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.

3ª.- Concurren en el 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 dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

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.

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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la 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 la 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.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, 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 estén 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, que está, 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.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada.

En cuanto al proceso asistencial seguido, de todos los informes obrantes en el expediente resulta su corrección y que la actuación de los facultativos fue ajustada a los parámetros de la *lex artis ad hoc*, tanto en el diagnóstico como

en las técnicas quirúrgicas empleadas y en el abordaje posterior de las complicaciones derivadas de la intervención.

En este sentido, el paciente fue intervenido de hernia inguinal utilizando para su reparación la colocación de malla, mediante técnica de Lichtenstein. Se destaca en el dictamen pericial que fue correcto el tratamiento para reparar el defecto herniario y la fijación de la malla con pegamento biológico, por producir menos atrapamiento nervioso, al igual que la anestesia regional empleada, infiltrando para bloquear los nervios que proporcionan sensibilidad a la región inguinal.

No obstante lo anterior, el mismo informe no descarta que el paciente presentara algún tipo de neuralgia nerviosa, debido a lesión o fibrosis a causa de la malla o que la lesión la causara la infiltración nerviosa durante la anestesia, si bien se trata de una complicación descrita, imprevisible y no achacable a mala práctica quirúrgica.

Se destaca igualmente la adecuación de la derivación a la Unidad del Dolor, encargada de estudiar y tratar el que se presentó en el postoperatorio, que aparece en un 5% de los casos, siendo el 1% los pacientes que requieren estudio completo y tratamiento específico.

El diagnóstico y tratamiento pautado por aquella Unidad fue también ajustado a la *lex artis*, si bien el paciente no agotó las posibilidades terapéuticas, puesto que rechazó infiltraciones sucesivas y no acudió a dos consultas de electroterapia. Así lo refiere también el informe de la Inspección Médica.

Estas conclusiones no han sido desvirtuadas por las alegaciones del reclamante, que aunque cuestionan la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, no han sido avaladas por informe alguno y ceden, por tanto, frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento al paciente; juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

Por todo ello puede concluirse que en el presente caso no cabe alegar una infracción de la *lex artis*, al haberse aplicado una medicina de medios, con independencia del resultado, que no siempre, tal y como se ha expuesto,

pueden ser los deseables para el paciente, por lo que procede desestimar la pretensión fundada en esta causa.

Por otra parte, en cuanto a la falta de consentimiento informado, como se señala, entre otros, en el Dictamen de este Consejo Consultivo nº 60/2013, de 20 de febrero, ha de tenerse en cuenta la doctrina sentada por el Tribunal Supremo (entre otras, Sentencia de 20 de diciembre de 2007): "A estos efectos haremos mención a la doctrina de esta Sala sobre la exigencia de tal consentimiento. Por todas citaremos la Sentencia de 10 de octubre de 2007 donde decimos:

»El art. 10 de la Ley General de Sanidad 14/86, expresa que toda persona tiene con respecto a las distintas Administraciones públicas sanitarias, entre otros aspectos, derecho `a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento´ (apartado 5); `a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención´, (apartado 6) excepto, entre otros casos que ahora no interesan, `cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas´ [letra b)]; y, finalmente, `a que quede constancia por escrito de todo su proceso´ (apartado 11).

»Se da así realidad legislativa al llamado `consentimiento informado´, estrechamente relacionado, según la doctrina, con el derecho de autodeterminación del paciente característico de una etapa avanzada de la configuración de sus relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas.

»La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, pone de manifiesto el carácter consustancial que el elemento de la información tiene con la prestación de consentimiento en relación con la disposición de los datos personales, pues en el artículo 3.h) define el consentimiento del interesado como «toda manifestación de voluntad, libre, inequívoca, específica e informada, mediante la que el interesado consienta el tratamiento de datos personales que le conciernen» y en el artículo 11.3 dispone que «Será nulo el consentimiento para la comunicación de los datos de carácter personal a un tercero, cuando la información que se facilite

al interesado no le permita conocer la finalidad a que destinarán los datos cuya comunicación se autoriza o el tipo de actividad de aquel a quien se pretenden comunicar».

»Respecto del consentimiento informado en el ámbito de la sanidad se pone cada vez con mayor énfasis de manifiesto la importancia de los formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo, amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse que se cumpla su finalidad.

»El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos. No cabe, sin embargo, olvidar que 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.

»Por ello 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.

»Del mismo modo 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 adecue a las necesarias exigencias de concreción en cuanto a la específica operación quirúrgica a la que aquel paciente va a ser sometido.

»La Sala de instancia tiene por probado que no consta consentimiento escrito para llevar a cabo dicha intervención, pero se remite a las declaraciones obrantes en el expediente en que uno de los médicos dice que explica a la paciente las posibilidades ventajas e inconvenientes de uno y otro modo de tratamiento y que acepta cirugía. De dicha declaración la Sala de instancia tiene por probado que se informó a la paciente, aun cuando de forma verbal, de los riesgos de la operación, y de tal hecho probado, que no ha sido combatido en forma por la actora, debe partir esta Sala, pues probada una información, aun cuando fuera verbal, sobre los riesgos de la intervención quirúrgica, debe concluirse que se dio cumplimiento a las exigencias de la Ley General de Sanidad 14/86 en su art. 10.5 y 6 a la sazón vigente, ya que como hemos expuesto, no cabe excluir de forma radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito”.

Es preciso señalar que, para que exista responsabilidad, es imprescindible que del acto médico se derive un daño antijurídico porque, si no se produce éste, la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad; y que en materia de carga de la prueba debe demostrarse que el daño es consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario.

En el supuesto planteado, si bien no consta la firma del paciente en el documento de consentimiento informado de tratamiento de hernia obrante en el expediente, que sí fue firmado por el facultativo, este Consejo, a la vista de los datos que incorpora la historia clínica y de su valoración en los informes

técnicos, considera probado que al paciente se le suministró información suficiente sobre la patología padecida, su tratamiento y sobre sus posibilidades, ventajas e inconvenientes y que aceptó la cirugía, instando incluso su pronta realización en el escrito de queja sobre su demora presentado el 10 de octubre de 2013.

Junto a ello debe considerarse, además, que no se acredita fehacientemente en el expediente que la complicación surgida lo fuera como consecuencia de la cirugía de hernioplastia, puesto que bien pudo derivar igualmente de la anestesia, según apuntan la Inspección Médica y el dictamen pericial, riesgo del que advertía el documento de consentimiento informado de anestesia que, en este caso, sí fue rubricado por el reclamante o, incluso, como señala el informe del Servicio de Cirugía General de 14 de noviembre de 2014, de los antecedentes del paciente que venía padeciendo una pubalgia previa a la fecha de la intervención, patología a la que también se refiere el dictamen pericial como causante del dolor inguinal agudo preoperatorio que presentó el paciente.

En el informe del Jefe del Servicio de Cirugía General, de 14 de noviembre de 2014, se indica sobre la cuestión que "durante la consulta a todos los pacientes con indicación de intervención quirúrgica se les facilita una información oral y escrita del procedimiento quirúrgico que se les va a practicar, junto con un documento con sus datos personales de solicitud de intervención quirúrgica programada. En ese mismo acto se le entrega al paciente una copia escrita del consentimiento informado para llevársela consigo.

»Según consta en los datos de la historia de Don xxx, figuran allí ambos documentos, el de solicitud de intervención quirúrgica programada, donde aparece el diagnóstico de hernia inguinal y el procedimiento propuesto de hernioplastia. En ese documento aparece expresamente que autoriza su inclusión en lista de espera para ser intervenido de hernia firmado en fecha de 20 de agosto de 2013 y el Documento de Consentimiento Informado de Tratamiento de la Hernia firmado por el facultativo que pasó la consulta en la misma fecha que el anterior documento al que hacemos mención y que se encuentra en la historia del paciente. Por consiguiente resulta evidente que al paciente se le informó correcta y suficientemente, además el resto de actuaciones que se tomaron en ese acto así lo atestiguan, como es el remitir al paciente a una consulta de Anestesiología para ser intervenido de hernia y la

petición de pruebas necesarias para realizar dicha intervención, que conllevan la evidencia de que el paciente iba a ser intervenido de la hernia.

»Como he señalado, a los pacientes quirúrgicos vistos en consulta, se les entrega cuando se les informa del procedimiento quirúrgico propuesto, un documento de consentimiento informado que se firma y guarda en la historia y una copia de este que el paciente se lleva consigo.

»Da toda la impresión, de que en ese acto de firma del protocolo de ingreso para ser intervenido y de firma del consentimiento informado, en el que a la vez se entrega una copia al paciente, se ha podido producir un error y el paciente se ha llevado equivocadamente el consentimiento destinado a la historia, mientras que en la historia ha quedado la copia del consentimiento firmado por el facultativo. (...).

»Desde el Servicio de Cirugía General, podemos afirmar que el paciente fue atendido e informado correctamente y que la técnica de hernioplastia realizada en este caso, minimiza las neuralgias, secuela que es previsible y que se ha intentado evitar con la técnica quirúrgica empleada. Neuralgia que habría que demostrar por otra parte, si realmente es de origen postquirúrgico, pues hay datos en la historia de dolor en la región previos a la cirugía practicada.

»En el postoperatorio diferido, se han puesto los medios necesarios para mejorar o resolver su problema, de forma gradual y proporcionada, y se ha remitido al paciente a la Unidad del Dolor, donde ha sido tratado, rechazando el paciente al parecer, según datos de la historia, alguna de las medidas propuestas en dicha Unidad encaminadas a resolver o mejorar su problema, por lo que cabría afirmar que aún no se han agotado los medios de que dispone el arsenal terapéutico en este tipo de patologías”.

Por su parte, el informe de la Inspección Médica tampoco aprecia vulneración de la *lex artis* motivada por la falta de acreditación escrita del consentimiento informado de tratamiento de la hernia. En él no se determina la causa de la complicación, aunque refiere que también pudo derivar de la anestesia y se alude a la falta de utilización por el reclamante de las alternativas terapéuticas pautadas para reducir o eliminar los daños cuya indemnización se solicita. Señala en este sentido:

“3.- Revisada la historia clínica del paciente nos encontramos con:

»a) El paciente sí firmó el 20-8-13 la solicitud del intervención quirúrgica programada de una hernia inguinal por el procedimiento de hernioplastia en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

»b) El documento de consentimiento informado para tratamiento quirúrgico de la hernia, sí recoge el dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa y solamente está firmado por el médico con la misma fecha que el documento anterior, 20-8-13.

»Y como nos dice en sus informes el Jefe de Servicio de Cirugía y de Sección de dicho Servicio:

»`Todos los enfermos que van a ser sometidos a CMA, según consta en el protocolo, se les explica detenidamente los cuidados pre y postoperatorios que van a recibir por parte del Servicio de Hospitalización a Domicilio y por parte de nuestro Servicio de C. General. A continuación se le entrega al paciente un documento de Consentimiento Informado en el que se detallan las explicaciones que se pueden presentar. Dicho consentimiento se le da a firmar al paciente, al tiempo que se le entrega una copia sin firmar para que pueda leerlo detenidamente en su domicilio.

»En el caso que nos ocupa tengo la certeza moral, que no física, de que se siguieron los pasos que acabo de indicar. Si bien es cierto que por un error fácilmente explicable, se debieron cambiar los impresos de consentimiento informado quedando archivado en la historia el documento firmado por mí, mientras que presuntamente el paciente se debió de llevar el consentimiento firmado por él’.

»c) También está en la historia el consentimiento informado para anestesia de fecha 9-9-13, este bien firmado por el médico y paciente y en el que se especifican como riesgos típicos de la anestesia loco-regional: `Tras la administración de la anestesia regional pueden surgir molestias... y otras menos frecuentes como bloqueo nervioso prolongado...

»Es posible después de este tipo de anestesia, que queden molestias en la zona. Con sensación de acorchamiento y hormigueo, generalmente pasajeros y muy raramente de forma permanente.

»Declaro que he sido informado por el médico... Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes, y me han aclarado todas las dudas planteadas´.

»4.-Revisada toda la historia, este Inspector médico no se puede pronunciar sobre si dicha complicación es el resultado del bloqueo anestésico efectuado por el anestesista o por el cirujano como complicación de la hernioplastia practicada.

»Pero sí podemos pronunciarnos, de que era un riesgo del que había sido informado (al menos por el anestesista) y asumido como posible complicación.

»5.-También es cierto que dejó voluntariamente el tratamiento que le habían pautado, (no acude a las citas de electroterapia de 14-8-14 y 18-12-14) y que en el presente caso no se han agotado las posibilidades terapéuticas de que se dispone para este tipo de patologías”.

De acuerdo con las consideraciones expuestas la Inspección Médica concluye que “el paciente sí ha estado suficientemente informado, otorgando su firma en el consentimiento informado de anestesia el 9-9-13 a las posibles complicaciones que ha padecido, no vulnerándose por tanto la *lex artis*.

»Añadir que en el presente caso no se han agotado las posibilidades terapéuticas y que la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por la supuesta deficiente asistencia sanitaria dispensada por los servicios sanitarios debe ser desestimada”.

De acuerdo con las consideraciones que anteceden, no procede acceder a la pretensión del reclamante fundada en el motivo analizado, todo lo cual conduce a desestimar la reclamación planteada al no concurrir los presupuestos exigidos por los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, para apreciar la responsabilidad de la Administración sanitaria.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada.

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