



Sr. Amilivia González, Presidente

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

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 26 de mayo de 2016, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx*, 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 6 de mayo de 2016 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. xxxx, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital Universitario hhhh de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite el mismo día, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 180/2016, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, 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. Sobrini Lacruz.

Primero.- El 2 de octubre de 2013 D. xxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante la Administración Autónoma, debido a los daños y perjuicios sufridos a consecuencia del implante coclear que se le realizó el 22 de agosto de 2012 en el Hospital Universitario hhhh de xxxx1.

Expone que el 2 de noviembre de 2011 se sometió a una cirugía para colocarle implante coclear en el oído derecho; que el 22 de mayo de 2012 se practicó una nueva intervención para realizar "cobertura cutánea de dehiscencia postinfecciosa de la piel que cubre el implante coclear"; que, ante las complicaciones surgidas, el 22 de agosto se le intervino quirúrgicamente "para la sustitución del implante coclear por un implante nuevo en el propio oído derecho", pero en dicha operación, por decisión del cirujano, se procedió a colocarle el implante en el oído izquierdo.

Alega, por un lado, que esta última cirugía ha ocasionado la pérdida total de audición en el oído izquierdo, con la consiguiente imposibilidad de volver a trabajar y los daños morales sufridos a consecuencia de la situación que padece; y, por otro, que el consentimiento informado que prestó para la intervención del día 22 de agosto era para la colocación de un nuevo implante coclear en el oído derecho, por lo que la decisión médica de colocarlo en el oído izquierdo no estaba amparada por dicho consentimiento.

No cuantifica los daños por los que reclama.

Adjunta copia de varios informes médicos y de los documentos de consentimiento informado de 30 de septiembre de 2011, 7 de mayo y 20 de agosto de 2012.

El 8 de noviembre de 2013 presenta un escrito en el que valora los daños en 114.600,17 euros (14.600,17 euros, cantidad correspondiente a 13 mensualidades de salario base y pagas extras prorrateadas correspondientes a su último puesto de trabajo, en concepto de lucro cesante por la pérdida del trabajo y la imposibilidad de incorporarse a la vida laboral tras la cirugía; y 100.000,00 euros por los daños morales sufridos). Aporta copia del contrato de trabajo y del informe de vida laboral.

Segundo.- Obra en el expediente la historia clínica del reclamante y los siguientes informes profesionales:

- Informe del Jefe de Sección de Otorrinolaringología del Hospital Universitario hhhh, sin fechar.

- Informe de la Inspección Médica de 22 de mayo de 2014, en el que se concluye que procede estimar parcialmente la reclamación por no estar probado que el paciente prestara su consentimiento a la colocación del implante en el oído izquierdo. En el informe se señala: "Daño producido: pérdida de capacidad auditiva residual de oído izquierdo anterior al trasplante. No obstante, la evaluación final de capacidad auditiva determinará si el implante supone para el paciente ganancia o pérdida auditiva respecto a la situación anterior y el grado de la misma". El informe considera que procede desestimar la pretensión de resarcir la incapacidad para el trabajo y el lucro cesante alegados.

- Dictamen médico elaborado el 22 de agosto de 2014, a instancia de la aseguradora de la Administración, en el que se concluye que el tratamiento quirúrgico y el seguimiento postoperatorio fue correcto, que consta en la historia clínica que el paciente conocía la decisión de colocar el implante en el oído izquierdo y que la cirugía no ha provocado ningún perjuicio a la audición del paciente en su oído izquierdo.

- Escrito del Jefe del Servicio de Inspección de 15 de octubre de 2014, en el que se comunica a la Gerencia de Salud de las Áreas de xxxx1 que la Comisión de Seguimiento del Seguro de Responsabilidad ha considerado "que, inicialmente, no procede acceder a la solicitud indemnizatoria planteada en la reclamación", si bien indica la necesidad de solicitar, con carácter previo al trámite de audiencia, un informe sobre el estado actual del paciente al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital hhhh. Obra en el expediente la documentación complementaria utilizada por la inspectora médico para la realización del informe (entrevistas realizadas e informe del Jefe de Sección de Otorrinolaringología).

- Informe del Jefe del Servicio de Otorrinolaringología de 13 de noviembre de 2014, en el que señala lo siguiente:

"En la actualidad el paciente (...) se encuentra en seguimiento clínico tras la implantación coclear que se le practicó.

»En la última revisión efectuada se objetivó una respuesta aceptable a los estímulos sonoros con el IC (...).

»Dado que el rendimiento de su implante coclear aún dista de ser óptimo se le ha remitido para tratamiento logopédico”.

Tercero.- En el trámite de audiencia el reclamante asevera que no se le informó de que se le iba a colocar el implante coclear en el oído izquierdo y que no ha tenido mejoría alguna. Asimismo reitera su pretensión resarcitoria.

Cuarto.- El 29 de diciembre de 2014 la Inspección Médica, a la vista de las alegaciones formuladas, se ratifica en el contenido de su anterior informe.

Quinto.- El 15 de marzo de 2016 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación, al considerar que el paciente fue informado debidamente de las circunstancias de la intervención.

Sexto.- El 14 de abril de 2016 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

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.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (2 de octubre de 2013) hasta que se formula la propuesta de orden (15 de marzo de 2016); en particular, llama la atención la inexplicable demora en formular la propuesta de orden desde la finalización del trámite de audiencia. Estas circunstancias constituyen un incumplimiento de los plazos previstos en el artículo 13.3 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, y por tanto una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente una infracción de los principios y criterios que han de regir 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.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

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 ha de considerarse interpuesta en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de

noviembre, ya que, según se infiere del expediente, en la fecha de interponer la reclamación las secuelas aún no estaban definitivamente determinadas.

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 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 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 aquel 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.

Quiere con ello decirse que, incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

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, el interesado reclama los daños y perjuicios sufridos a consecuencia de la intervención quirúrgica que se le realizó para un implante coclear, al considerar que la cirugía le ha causado la pérdida de audición del oído izquierdo y que el documento de consentimiento informado que firmó autorizaba la colocación de un implante coclear en el oído derecho pero no en el oído izquierdo, como finalmente se hizo pese a no ser informado de que se iba a realizar y de manifestar, en todo caso, su oposición en fechas anteriores a que interviniesen el oído izquierdo.

Los informes médicos avalan la corrección del tratamiento quirúrgico y la buena evolución del paciente. El dictamen médico señala que "La explantación y nueva implantación colateral se realizó de forma correcta y significó un éxito terapéutico", que "no se ha provocado ningún perjuicio a la audición del paciente en su oído izquierdo" y que la actuación médica ha sido acorde con la *lex artis ad hoc*. La Inspección Médica, sin embargo, no se pronuncia sobre la capacidad auditiva final, al estar en tratamiento de logopedia y pendiente de valoración.

La cuestión fundamental se ciñe, pues, a la valoración de la suficiencia de la información suministrada al paciente antes de la cirugía.

Con carácter previo, ha de recordarse la consolidada doctrina que sobre el derecho del paciente a ser informado y sobre el consentimiento informado ha expuesto este Consejo en numerosos dictámenes.

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, que incluye 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.

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 (fallo recogido por este Consejo Consultivo en varios dictámenes), "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 y debe prestarse 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. El apartado 3 de

este precepto indica, por su parte, que el consentimiento escrito del paciente tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

En el mismo sentido, el artículo 17 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, prevé que "La información, con el fin de ayudar a cada persona a tomar decisiones sobre su propia salud, será veraz, razonable y suficiente, estará referida al diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, y comprenderá la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención" (apartado 1); y que "Como regla general la información se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica, siendo obligado entregarla en forma escrita en los supuestos exigidos por la normativa aplicable" (apartado 3).

El artículo 10.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, 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". La Ley 8/2003, de 8 de abril, describe en su artículo 34 el contenido que debe tener el documento de consentimiento informado.

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”.

Por su parte, el artículo 10 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, obliga a que la información sea facilitada por el facultativo al paciente con carácter previo al otorgamiento del consentimiento. El artículo 33 de la misma Ley obliga en su apartado 1 a recabar el consentimiento informado “por escrito del paciente, o de quien deba sustituir su decisión, antes de realizar intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, procedimientos sanitarios que supongan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente o del feto, si fuera el caso de una mujer embarazada”.

La exigencia de que conste por escrito la información suministrada debe coherer con el principio que contiene en este punto la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, 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 dicha Ley).

Finalmente, cabe recordar que el artículo 34 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, 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 “debe contener como mínimo: (...) Identificación y descripción del procedimiento, finalidad, naturaleza, alternativas existentes, contraindicaciones, consecuencias relevantes o de importancia que deriven con seguridad de su realización y de su no realización, riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente y riesgos probables en condiciones normales

conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención”.

De acuerdo con las normas citadas cabe concluir que la firma de los documentos de consentimiento informado no es un mero formulismo carente de sentido, sino que tiene como finalidad acreditar que el paciente ha sido debidamente informado y que ha tenido la posibilidad de ejercer su derecho a decidir libremente, después de recibir tal información, entre las opciones clínicas disponibles.

En el caso analizado, el paciente firmó el documento de consentimiento informado para la realización de implante coclear el 20 de agosto de 2012, dos días antes de la cirugía. En dicho documento constan como riesgos específicos más frecuentes “la posibilidad de que no se recupere la audición en la medida prevista y de que se pierdan, completa e irreversiblemente, los restos de audición que pudieran existir en el paciente”. Complicaciones éstas que, según se indica en el dictamen médico, finalmente no se han producido.

En cuanto a la falta de concreción en el documento de consentimiento del oído en el que se iba a realizar el implante, el dictamen médico, que ratifica en este punto lo expuesto por el Jefe de Sección de Otorrinolaringología, expone que “El documento de consentimiento informado para implante coclear no hace referencia al lado de colocación del implante, puesto que estos dispositivos se colocan en pacientes que tienen sorderas profundas bilaterales. A veces la decisión de colocación del implante en un oído o en otro depende de las condiciones quirúrgicas. No es frecuente, pero ocurre de vez en cuando, que la decisión de colocar el implante en un oído ha de ser cambiada durante la intervención quirúrgica y el implante se debe colocar en el oído contrario”. Añade que “en casos de existir infecciones en un oído [como era previsible que ocurriera en este caso], no se puede realizar la intervención de volver a colocar un nuevo implante en el lecho infectado del implante que se extrajo”.

Sin perjuicio de ello, consta de forma expresa en la historia clínica, en relación con la consulta externa del Servicio de Otorrinolaringología del día 20 de agosto de 2012 -fecha en la que firmó el documento de consentimiento informado-, la siguiente anotación: “Firma CI para implante coclear OI y explantar el IC del OD. Hago protocolo informatizado”. Estas circunstancias

permiten colegir que pudo existir un trámite de información al paciente sobre la intención de realizar el implante en el oído izquierdo.

Al tratarse, pues, de una cuestión eminentemente probatoria, los indicios probatorios que figuran en el expediente permiten considerar razonablemente que pudo haberse informado debidamente al paciente, no solo sobre los riesgos relativos a la cirugía a la que se iba a someter, sino también de la técnica y finalidad de la intervención. Y ello excluiría la mala *praxis* alegada por déficit de información.

En conclusión, al no apreciarse mala *praxis* médica en la elección y desarrollo del tratamiento quirúrgico y en las actuaciones sanitarias posteriores, y al considerarse que la información suministrada fue adecuada, la reclamación debe desestimarse.

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. xxxx, debido a los daños y perjuicios sufridos por la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital Universitario hhhh de xxxx1.

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