



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 0 0 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de mayo de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 164/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 25 de septiembre de 2015 por (...), solicitando una indemnización por los daños producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del SCS.

2. Valora la indemnización por los daños sufridos en 66.851,33 euros, cuantía que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a), de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta última ley el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Asimismo, también son aplicables la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y de no extemporaneidad de la reclamación.

4. Conforme al art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque sobre la Administración recae el deber de resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

5. El órgano competente para resolver es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución de este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

6. En la tramitación del procedimiento consta haberse cumplido el recibimiento a prueba y obran en el expediente remitido los informes de los distintos servicios que prestaron la asistencia sanitaria por la que se reclama (Urgencias y especialistas de Neurología, Rehabilitación, Urología, Neurocirugía y Neurofisiología), así como el del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP).

Evacuado el trámite de audiencia, el interesado presenta escrito de alegaciones en el que insiste en la lesión producida en la intervención de 26 de septiembre de 2014, cuyos síntomas ya se manifestaron tras la cirugía, antes del alta y, según alega, son la consecuencia de un error médico.

De lo anterior se constata la realización de los trámites esenciales del procedimiento, por lo que nada impide un pronunciamiento sobre el fondo del asunto.

II

1. El interesado basa su pretensión en las siguientes alegaciones:

- Con fecha 26 de septiembre de 2014 es intervenido quirúrgicamente de varicocelelectomía laparoscópica izquierda en el Hospital General de La Palma (HGLP).

- Con carácter previo a la intervención, el reclamante se sometió al preceptivo estudio preoperatorio en el citado centro hospitalario, y que arrojó un resultado favorable para ser intervenido sin problemas, no objetivando lesión o impedimento alguno para ello.

- De la mencionada intervención quirúrgica, se produjo una lesión del nervio femorocutáneo. Tal y como consta en el informe firmado por el propio doctor que realizó la intervención: «el paciente ha presentado una alteración sensitivo-motora en el miembro inferior izquierdo tras una cirugía de varicocelelectomía izquierda laparoscópica. Ha precisado y continúa precisando un tratamiento de rehabilitación, que está recibiendo por parte de la Seguridad Social en el gimnasio del ambulatorio de los Llanos de Aridane».

- En fechas 10 de julio y 9 de septiembre de 2015 acude a la consulta de Neurocirugía del Hospital Universitario de Canarias (HUC), donde se concluye que «después de realizar estudio neurofisiológico compatible con una plexopatía lumbar superior. Afectando al femoral, obturador y femorocutáneo izquierdo. Actualmente sin signos de actividad degenerativa aguda en el momento de la exploración pero con signos de reinervación colateral crónica. Por el momento, no parece candidato a tratamiento quirúrgico. No presenta un compromiso claro del nervio en la actualidad, sino una lesión que se estableció en su momento».

El reclamante entiende que en este informe se constata que existió y existe una lesión de los nervios femoral, obturador y femorocutáneo, a consecuencia de la cirugía de varicocele.

Reclama el reintegro de gastos derivados de la lesión ocasionada en la intervención quirúrgica de varicocele, a los que ha tenido que hacer frente hasta ahora y en un futuro hasta su total recuperación, así como el salario dejado de

percibir por encontrarse de baja médica desde el día de la intervención, el 26 de septiembre de 2014, y haber perdido su trabajo habitual como camarero por haber sido despedido a consecuencia de la misma.

2. De la documentación médica obrante en el expediente, constituida por el historial del interesado y por los informes emitidos por los facultativos que participaron en la atención sanitaria prestada, resultan los siguientes hechos:

- Varón de 24 años que acude al Servicio de Urgencia del Hospital General de La Palma, con fecha 13 de diciembre de 2013, por cuadro de dolor en escroto derecho (bolsa que rodea y protege los testículos) zona que desde hace 7 días ha empezado a crecer, no fiebre. Presenta absceso de 2 cm en la región del escroto, valoración especialista que establece tratamiento médico y seguimiento por médico de atención primaria.

- El 9 de julio de 2014 acude de nuevo al Servicio de Urgencias con dolor en testículo izquierdo de más de tres días de evolución, refiere que desde hace 2 años presenta bolsa escrotal izq. aumentada de tamaño, con dilatación venosa en la parte superior, así como dolor en zona del periné desde hace 1 año, que cede espontáneamente, las dos últimas semanas refiere impotencia en dos ocasiones. Se realiza exploración, analítica, medicación y citan con especialista en Urología, al día siguiente. Además se comenta el caso con médico adjunto de guardia; diagnóstico principal es el de orquiepididimitis aguda inflamación del epidídimo, que es el conducto que recoge el esperma y lo pasa a los demás conductos, e inflamación del testículo.

- Tras pruebas diagnósticas, en la Ecografía se valoran testículos normales, y se concluye varicocele izquierdo con numerosas venas muy dilatadas. Paciente afecto de varicocele sintomático (dilatación de las venas dentro del escroto, estas venas se encuentran a lo largo del cordón que sostiene los testículos en el hombre, o cordón espermático). Es un varicocele izquierdo muy llamativo, grado III, asimismo, tras estudio de semen se observa disminución de la cantidad-calidad de los espermatozoides. En el análisis del semen, se aprecia su poca calidad. A ello se suma la sintomatología por lo que «se recomienda cirugía, una varicocelectomía izquierda, que el paciente acepta».

- El paciente firma consentimiento informado el 6 de agosto de 2014 para «cirugía de varicocele por Laparoscopia». El paciente ingresa en el Hospital General de la Palma el 25 de septiembre para cirugía, y alta el 27 de septiembre de 2014. Cirugía y posoperatorio normales.

Intraoperatoriamente se asegura el diagnóstico de varicocele grado III, se realiza extirpación. Remiten a anatomía patológica fragmento venoso de 2 cm del cordón espermático izquierdo, con resultado normal.

- Tras la intervención se refiere desde 1 de octubre de 2014, tras la cirugía, disminución de la fuerza en el miembro inferior izquierdo, varestesias y disminución de la sensibilidad en la cara interna del muslo izquierdo, desde la región inguinal hasta la rodilla. Se acompaña de dolor en rodilla izquierda. Esta es la fecha que se indica en la historia clínica que el paciente acude con síntomas tras el alta hospitalaria al Urólogo.

El Servicio de Urología solicita TAC de abdomen para descartar proceso compresivo y consulta preferente al Servicio de Neurología. TAC normal a fecha de 11/10/2014.

Neurología lo valora el 15/10/2014, el neurólogo escribe: «presenta un trastorno sensitivo en forma de hiperestesia/parestesia en cara interna del muslo izquierdo y motor en forma de debilidad para la flexión de la cadera, desde la cirugía ha permanecido estable en cuanto a la clínica asociando dolor "interno" en la zona referida. No alteraciones esfinterianas». «La exploración destaca debilidad para la flexión de la cadera y extensión de la rodilla izquierda BM 4+/5 (el músculo es ligeramente débil), con arreflexia Aquilea y alteración sensitiva en cara interna del muslo, resto conservado».

El 15 de octubre de 2014 se realiza estudio neurofisiológico de nervios femoral perineal común y tibia motor así como fémoro-cutáneo izquierdo con parámetros dentro de la normalidad.

El juicio diagnóstico por Neurología es: neuropatía crural postquirúrgica, se descartan patologías compresivas locales, poco probable sea secundario a colocación, probable inflamatorio postoperatorio. Solicita consulta con el Servicio de Rehabilitación, «se instaura tratamiento médico durante 5 semanas, tras el cual ligera mejoría clínica a nivel motor, progresiva, aunque persiste dolor en rodilla probablemente mecánico por debilidad mantenida y alteración sensitiva».

El 3 de noviembre de 2014; exploración física: marcha fisiológica, BM 4+/5 en MMII, hipoestesia L3-L4 izquierdo. La conclusión diagnóstica del Servicio de Rehabilitación es neuropatía femoral izquierda post-laparoscópica, pautando tratamiento fisioterapia, valorando la evolución del paciente con citas sucesivas.

- El día 03/11/2014, el Servicio de Rehabilitación pauta tratamiento fisioterapia.
- El 13 de enero de 2015, Ecografía escrotal normal.

- El 17 de enero de 2015 se realiza segundo estudio neurológico, evolutivo. En las conclusiones de dicho estudio se anota: sugestivo de afectación radicular lumbar. L2. L3. L4 y en menor medida LS izquierda. Intensidad moderada-severa y con signos agudos de denervación (interrupción de una vía nerviosa) en el momento de la exploración en los niveles L2-L3-L4 izquierdos.

- El 21 de enero de 2015, Resonancia Magnética Nuclear del plexo sacro, estudio dentro de la normalidad.

- El 25 de febrero de 2015, se realiza nuevo estudio neurofisiológico de evolución (tercero) en el Hospital General de la Palma.

En Neurograma y en Electromiograma de MMII se observan: en ENG exploramos nervios tibiales y peroneales motores así como el sural nervio cutáneo sensitivo, superficial peroneal y lateral femorocutáneo bilaterales, el estudio muestra valores de parámetros dentro de los límites normales en nervios y músculos explorados «salvo un pequeño pero significativo aumento de latencia del potencial compuesto motor del nervio femoral izquierdo respecto al contralateral que indicaría proceso compresivo en trayecto del nervio de carácter leve».

- El 3 de marzo de 2015 se realiza valoración radiológica del plexo sacro en HUC no encontrándose lesiones.

Nueva valoración por Neurología el 22 de abril de 2015: tras el tratamiento con corticoides durante 5 semanas y el tratamiento de rehabilitación, el paciente ha presentado una ligera mejoría clínica a nivel motor, aunque persiste el dolor en la rodilla, probablemente mecánico, por debilidad mantenida y alteración sensitiva, se recomienda añadir la rehabilitación en medio acuático.

- El 1 de mayo de 2015 el paciente tiene revisión con el Servicio de Urología encontrándose normal en cuanto al varicocele, ya desaparecido, sin recidiva del mismo, sin clínica urológica. Se realiza Ecografía escrotal que confirma normalidad.

También se realiza seminograma en centro privado el 18 de mayo, que establece mejoría de los parámetros del mismo, respecto a la analítica previa a la intervención (de 2,9 millones de espermatozoides por mililitro, previo a la intervención, pasa a tener 25,6 millones por ml).

Nuevo ENG/EMG el 27 de mayo de 2015, el estudio muestra parámetros dentro de la normalidad de los nervios (femorales tibiales y peroneales motores, así como nervio sural y peroneales bilaterales) y de los músculos explorados derivados de raíces nerviosas L2 A LS izquierda.

El 19 de junio de 2015, no se objetiva patología en región inguino-crural izquierda, en relación con la información clínica tras la realización de Ecografía de extremidad izquierda.

- El 4 de julio de 2015 y a petición del paciente y su familia se remite a valoración por Neurocirujano, en HUC. El 10 de julio fue visto por Neurocirugía por videoconferencia. Le solicita estudio neurofisiológico. El 22 de julio de 2015 se realiza estudio neurofisiológico solicitado por el Servicio de Neurocirugía del HUC donde fue remitido. Este estudio resulta compatible con plexopatía lumbar superior (afectando al femoral, obturador v femorocutáneo) izquierda, sin signos de actividad degenerativa aguda en el momento de la exploración pero con signos de reinervación colateral crónica.

Con fecha 09/09/2015, el Neurocirujano valora al paciente refiriendo que «no es candidato a tratamiento quirúrgico, no presenta un compromiso claro de nervio en la actualidad, sino una lesión que se estableció en su momento. Se recomienda rehabilitación y el ejercicio físico para ganar trofismo en dicho miembro inferior».

El paciente ha ganado bastante en fuerza en el miembro inferior izquierdo, camina sin cojear, también conduce su automóvil de forma habitual, ha recuperado sensibilidad en la cara interna del muslo izquierdo. Persiste dolor muslo y rodilla izquierdos. A todo esto hace referencia el Dr. (...) tras las pruebas, los informes y la observación del paciente.

- El 13 de enero de 2016, el servicio de Urología constata que el paciente no refiere dolor ni molestias escrotales de ningún tipo, no alteraciones en la eyaculación.

Gran mejoría en la marcha, prácticamente normal. Mejoría de la situación neurológica, de la fuerza y de la sensibilidad. Sin embargo presenta dolores en la rodilla izquierda con lesión de menisco interno. Pendiente de Traumatología. El Servicio de Rehabilitación remite al Traumatólogo.

- El 17/02/2016 es valorado por el Servicio de Traumatología «le propusieron una cirugía de reparación del menisco interno de la rodilla izquierda. El paciente no

desea ser intervenido por el momento, se lo va a pensar, el paciente refiere inicio de las molestias hace unos 6 meses».

Seguimiento en Consulta de Neurología para «control del dolor y evolución clínica».

El paciente fue dado de alta de consulta de Rehabilitación el 07/03/2016, con la «secuela de persistir debilidad 4/5 en grupos musculares inervados por femoral y obturador izquierdos con hipoestesia en área de femorocutáneo izquierdo. No obstante, se recomienda que siga yendo a la piscina», evitar todos los ejercicios que produzcan dolor.

- En Resonancia Magnética del 28 de agosto de 2016 se observa una alteración de señal del ligamento cruzado posterior compatible con rotura parcial del mismo también se observa rotura parcial del cuerno posterior del menisco interno. Diagnóstico clínico de sospecha: SDr. Patelofemoral secundario a hipotrofia cuadricepsital izquierda, y Meniscopatía izquierda. El paciente prefiere no operarse por el momento.

Seguimientos posteriores con Traumatología, Urología, Neurología.

3. El SIP, en su informe, considera lo siguiente:

Para entender lo que es un varicocele hay que saber que se forma cuando las válvulas dentro de las venas que hay a lo largo del cordón espermático impiden que la sangre circule apropiadamente, la sangre se acumula lo que lleva a una hinchazón y dilatación de dichas venas testiculares y secundariamente una lesión en la función de los tejidos. En su mayoría son asintomáticos, cuando hay síntomas es el dolor testicular el más común, y pesadez de dicha zona, todo esto empeora de pie y alivia al acostarse.

El varicocele se desarrolla lentamente, son más comunes en hombres entre 15 y 25 años, y son más frecuentes en el lado izquierdo. La esterilidad es una complicación del varicocele. Es la causa más frecuente de esterilidad en los hombres.

Tras la cirugía del varicocele, se produce una mejoría del semen en un 51-78% de los casos. Se recomienda la cirugía en caso de varones jóvenes que todavía no han buscado descendencia, pero presentan un varicocele clínico y alguna alteración en el espermograma, o un descenso del tamaño del testículo. Igualmente de cualquier edad que presentan un varicocele clínico y dolor testicular en el mismo lado. Existen tres graduaciones: el grado III es aquel que a simple vista se observa que es grande y visible, no solo palpable.

Hoy en día la cirugía se puede realizar con distintas técnicas: una de ellas es la laparoscopia, otra la microcirugía, y la otra la cirugía abierta tradicional, que dependerá del caso en concreto y de la experiencia del Urólogo.

Cuando los nervios no funcionan adecuadamente recibe dicha patología el nombre de neuropatía.

La neuropatía femoral o crural es una complicación excepcional de la laparotomía. El nervio femoral o crural nace de la unión de estructuras nerviosas provenientes de la segunda, tercera, y cuarta raíces lumbares, a nivel del músculo psoas. Da una rama motora para el músculo psoas, y luego al músculo ilíaco.

A la salida de la pelvis pasa por debajo de ligamento inguinal, por fuera de la arteria femoral, y a este nivel, en el triángulo femoral da ramas terminales motoras para los músculos cuádriceps y pectíneo, además de colaterales sensitivos para la cara anterior del muslo y la cara interna de la pierna (nervio safena interno).

La femoroneuropatía se manifiesta por una parálisis en el 25% de los casos en los músculos cuádriceps y una hipoestesia en la cara anterior e interna del muslo.

La neuralgia es el dolor intenso a lo largo del trayecto de un nervio y/o de sus ramificaciones. La parestesia es la sensación anormal que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, etc. Hiperestesia es una distorsión sensorial, aumento de la intensidad de las sensaciones. Hipoestesia es una distorsión sensorial con disminución o abolición de la percepción de las sensaciones.

Las conclusiones a las que llega el SIP son las siguientes:

1. La cirugía realizada al paciente era necesaria, por varias cuestiones, la principal es la clínica repetitiva, continua, con dolor e inflamación. En segundo lugar, la existencia de un trastorno de los espermatozoides, que estaban afectados tanto en calidad como en cantidad, en un paciente joven, sin hijos. En base a esta premisa, el paciente firma consentimiento informado el 6 de agosto de 2014, para cirugía de varicocele por laparoscopia, en donde se citan todos los órganos y sistemas posibles afectados y específicamente se anotan neuralgias (dolores nerviosos), hiperestesias o hipoestesias, explicándose en dicho documento a que se refieren dichos conceptos.

El 25 de septiembre vuelve a firmar una autorización para ingreso, estudio y tratamiento.

2. El paciente presentó una alteración sensitivo-motora en el miembro inferior izquierdo tras cirugía de varicocele, y esto lo refiere en su informe el Urólogo del Hospital General de La Palma, Dr. (...). La intervención quirúrgica transcurrió sin apreciar complicaciones en la misma. «El Dr. (...) dice lo que dice pero no que la cirugía fuera la causa, se refiere a los hechos, no refiere causas, y dice tras cirugía, postquirúrgico, lo mismo que dice el Neurólogo».

3. Los estudios realizados, tanto directamente sobre los distintos nervios como sobre la musculatura inervada por los nervios determinados, refieren neuropatía, afectándose la cara interna del muslo izquierdo en cuanto a la afectación sensitiva, y la parte motora en cuanto a debilidad en la flexión de la cadera izquierda y extensión de la rodilla izquierda.

Pues bien, tras estudios neurofisiológicos, exploración física, etc., el Neurólogo apunta que el paciente sufre de una neuropatía crural postquirúrgica, descarta patología compresivas locales y otras causas poco probables, indicando probable causa inflamatoria. Es cierto que el paciente presentaba afectación de raíces lumbares, pues las pruebas diagnósticas neurofisiológicas estudian la afectación lumbar, en el Hospital General de La Palma a fecha 17 de enero de 2015, en estudio evolutivo. Se afirma tras este: «sugestivo de afectación radicular L2, L3, L4 y en menor medida L5 izquierda». Igualmente en estudio en HUC (Hospital Universitario de Canarias), con fecha 22 de julio de 2015 refiere y tras dicho estudio: «estudio sugestivo de afectación radicular L2, L3, L4, y, en menor medida LS izquierda».

Lo que queda claro tras las pruebas y exploración, etc., es que existe una clínica de afectación fémoro-crural, y unas pruebas que, físicamente encuentran daño en la zona lumbar, de L2 a L5, fuera de la zona quirúrgica. Por lo expuesto no queda demostrada la lesión física neurológica a nivel local en la zona quirúrgica (aun siendo posible e intrínseca a la cirugía como se antepone en el consentimiento informado firmado). Sí queda demostrada afectación en columna vertebral lumbar, lugar de formación de los nervios afectados y lejos de la zona quirúrgica, independiente e imposible de afectarse en dicho acto quirúrgico.

4. No se demuestra mala praxis, se actuó en todo momento con agilidad y sin escatimar en pruebas diagnósticas, estudios por distintos especialistas y tratamientos pertinentes. El varicocele no se reprodujo y el seminograma demostró clara mejoría.

4. La Propuesta de Resolución, con base en los distintos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada por no concurrir los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, en particular,

porque estima que no se puede afirmar con total certeza la existencia de relación causal y, en el caso de que la intervención hubiera sido el origen de la lesión, esta se encuentra descrita en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente, como riesgo inherente a la intervención sin que ello implique mala praxis médica. Al contrario, no se acredita infracción alguna a la *lex artis*, por lo que el daño no resulta antijurídico y por ende, tampoco indemnizable.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el onus probandi de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el onus probandi a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que a consecuencia de la cirugía de varicocele se le produjo una lesión de los nervios femoral, obturador y femorocutáneo que achaca a mala praxis. Sin la prueba de que esas lesiones fueron consecuencia de la asistencia recibida es imposible establecer

que existe una relación de causalidad entre ambas y sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso el reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que puedan sostener su alegato. Aporta informes obrantes en el expediente de los que, según el SIP, no se puede asegurar la existencia de la lesión física neurológica a nivel local en la zona quirúrgica (aun siendo posible e intrínseca a la cirugía como se antepone en el consentimiento informado firmado). Por el contrario, de lo que sí hay constancia es de que la afectación en columna vertebral lumbar, lugar de formación de los nervios afectados, se localiza lejos de la zona quirúrgica, independiente e imposible de afectarse en dicho acto quirúrgico.

De ahí que no pueda acreditarse mala praxis, todo lo contrario, pues se actuó en todo momento con agilidad y sin escatimar en pruebas diagnósticas, estudios por distintos especialistas y tratamientos pertinentes. El varicocele no se reprodujo y el seminograma demostró clara mejoría.

3. Como este Consejo ha venido recordando reiteradamente, la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, en su Sentencia de 11 abril 2014 (RJ 2014\2612), resume su doctrina sobre la responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios públicos de salud en los siguientes términos:

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, "como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)».

En el mismo sentido la anterior Sentencia de esa misma Sala de 19 abril 2011 dice:

«(...) la observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración».

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, acogido por este Consejo en todos sus pronunciamientos de esa naturaleza, el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis ad hoc*; puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados. Por esta razón no están causados por la asistencia sanitaria pública los daños cuya aparición se debe a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos.

4. La *lex artis ad hoc* se define de la siguiente manera:

«Las Sentencias de 7 de febrero de 1990 (RJ 1990, 668) y 29 de junio de 1990 (RJ 1990, 4945), expresaron: «que la actuación de los médicos debe regirse por la denominada "lex artis ad hoc", es decir, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrollen y tengan lugar, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional», y ampliando dicha síntesis conceptual, cabe afirmar: que se entiende por «lex artis ad hoc», como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, ciencia o arte médica, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y transcendencia vital del paciente y, en su caso, de

la influencia en otros factores endógenos (estado o intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria), para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado; siendo sus notas: 1) como tal «lex» implica una regla de medición, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la «lex» es un profesional de la medicina; 4) el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5): concreción de cada acto médico o presupuesto «ad hoc»: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha «lex artis»; así como en toda profesión rige una «lex artis» que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa «lex», aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991 [RJ 1991, 2209]). STS de 26 marzo de 2004, RJ 2004/1668.

5. A mayor abundamiento, es preciso tener en cuenta que, como hemos manifestado en distintas ocasiones (ver por todos el Dictamen 156/2018, de 19 de abril) la adecuación a la *lex artis* no exige únicamente que se pongan a disposición del paciente los medios precisos para tratar de curar la patología presentada y que éstos sean desarrollados en las debidas condiciones, como ha acontecido en el presente caso, sino también que reciba cumplida información acerca de las opciones clínicas disponibles y de los riesgos que las mismas engendran, ya que 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.

En este sentido, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de carácter básico, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el art. 8 prevé, en lo que se refiere al consentimiento informado, que «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias

del caso», y que, como regla general, se prestará verbalmente, salvo determinados supuestos, como las intervenciones quirúrgicas, en las que se efectuará por escrito.

El consentimiento informado constituye así uno de los títulos jurídicos que obliga al paciente a soportar que un acto médico correcto no haya alcanzado todos los objetivos terapéuticos que perseguía. De esta forma, los pacientes, en cuanto asumen los beneficios que se derivan de una intervención quirúrgica, asumen igualmente los riesgos cuya concreción resulte posible a pesar de que el acto médico fuera correctamente practicado. El deber de soportar que no se alcance un éxito terapéutico completo resulta de la asunción voluntaria de ese riesgo, por lo que, de concretarse éste, la lesión no revestiría el carácter de antijurídica.

En el presente caso, como ya se ha indicado, el consentimiento informado relativo a la intervención quirúrgica que fue suscrito por el interesado, en el que se citan todos los órganos y sistemas posibles afectados y específicamente se anotan neuralgias (dolores nerviosos), hiperestésias o hipoestésias, explicándose en dicho documento a qué se refieren dichos conceptos. Esos riesgos fueron por consiguiente conocidos y asumidos por él en el momento en que manifestó su consentimiento a la intervención, por lo que, desde esta perspectiva, la asistencia sanitaria puede considerarse también ajustada a la *lex artis*.

6. En definitiva, en el presente caso, aun admitiendo que las lesiones neurológicas fueran producidas directamente de su primera intervención de varicolectomía laparoscópica izquierda, el interesado no ha demostrado la existencia de mala praxis, mientras que de lo obrado en el expediente sí se desprende que por parte de la Administración sanitaria se han puesto todos los medios posibles a disposición del reclamante, habiéndose empleado las pruebas diagnósticas que se entendieron necesarias por parte de los distintos servicios especializados y en múltiples ocasiones para diagnosticar las patologías de acuerdo a los síntomas que se iban presentando (desde la lesión del nervio femorocutáneo, hasta la plexopatía lumbar superior, que afectó al femoral, obturador y femorocutáneo izquierdo, que finalmente mostró signos de reinervación colateral crónica, dolencias por la que ha sido tratado adecuadamente en todo momento), por lo que se ha de concluir, coincidiendo con la Propuesta de Resolución, con que la asistencia sanitaria prestada al reclamante ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*, por lo que la desestimación de la pretensión resarcitoria es conforme a Derecho.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por (...), resulta conforme a Derecho.