



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 182/2021

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de abril de 2021.

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. 144/2021 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 25 de julio de 2018 a instancias de (...), como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El interesado no cuantifica la indemnización reclamada, pero de ser estimada superaría los 6.000 euros, lo 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 con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento 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.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia la existencia de irregularidades en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión, impida que se emita un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. Los hechos por los que reclama interesado son los siguientes:

El 13 de noviembre de 2014 se le practicó en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil una flebografía espermática y embolización de varicocele unilateral, manifestando que previamente no le comentaron los riesgos de la misma, ni firmar ningún tipo de consentimiento informado.

Afirma que, aquejado de dolores intensos de cabeza y en tronco y abdominales, acudió en varias ocasiones a urgencias y que, finalmente, tras hacerle radiografías y pruebas, se observa la existencia de cuerpos extraños en el tronco y abdomen; que tras ser valorado en primera instancia por personal médico el 24/10/2017, le dijeron que son consecuencia de restos de lo que parecen ser hilos o coils de embolización.

Prosigue refiriendo que la citada intervención no fue bien realizada, *«no habiendo sido efectiva por su deficiente ejecución o no conforme a la lex artis»*.

Señala así mismo que se encuentra de baja y que como consecuencia de ello no puede desempeñar su profesión de Buzo.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El día 13-11-2014, el paciente de 20 años, cuando los hechos, fue intervenido de:

Flebografía espermática Izquierda unilateral y embolización de Varicocele unilateral mediante 3 Coils e Interlocks35 (espirales metálicas).

- El día 25-07-2017, tres años después, el paciente de 23 años acude al Servicio de Urgencias del CHUIMI, por presentar dolor en el costado derecho y sensación de opresión centrotorácica, de 2 semanas de evolución. También refirió dolor en hipocondrio derecho de tres semanas de evolución.

- El día 24-10-2017, la TC Abdomino Pélvico con contraste destacó la presencia de Coils a nivel del flanco izquierdo y Fosa Iliaca izquierda, en relación con la embolización del Varicocele tratado en 2014.

CONSIDERACIONES

- El varicocele masculino es el grado anormal de dilatación del plexo pampiniforme, generalmente debido a reflujo en la vena espermática interna. Su importancia radica en la elevada frecuencia y habitual asociación con la infertilidad. Aparece en el 5-17% de la población masculina, pero la incidencia se eleva al 40% en el subgrupo de infértiles.

- La ausencia o incompetencia valvular representaría el factor más importante, aunque otros factores anatómicos característicos de la zona (encrucijada de la vena renal y vena espermática del lado izquierdo) también podrían intervenir. El resultado final sería una alteración de la espermatogénesis como consecuencia de una dis-regulación de la temperatura testicular, de la hipoxia del epitelio germinal, o bien, del efecto tóxico de sustancias provenientes de la vena renal.

- La embolización con un coil es una nueva forma de tratar aneurismas y otras malformaciones vasculares en el cerebro. Un aneurisma en el cerebro es un problema médico serio. Si un aneurisma se rompe, la hemorragia interna puede causar un infarto e incluso la muerte.

La embolización de aneurismas y malformaciones arteriovenosas (MAV)/fístulas cerebrales es un tratamiento mínimamente invasivo para aneurismas y otras malformaciones de los vasos sanguíneos que ocurren en el cerebro.

La embolización es un procedimiento en el que se inyectan sustancias para tratar de bloquear o reducir el flujo de sangre a las células cancerosas en el hígado. El hígado es especial porque tiene dos fuentes sanguíneas.

La embolización de varicocele es un procedimiento guiado por imágenes que utiliza un catéter para colocar una pequeña bobina y/o fluido embólico en un vaso sanguíneo y así desviar y alejar el flujo de sangre desde un varicocele. Un varicocele es una vena agrandada y alargada en el escroto de un hombre.

- El acceso vascular más frecuentemente utilizado en la embolización de la vena espermiática izquierda es el acceso femoral que es de fácil acceso, presenta muy pocas complicaciones y es muy efectiva. Otras posibles vías de acceso son la vena yugular y la vena basilica.

- En otro orden de cosas, consideramos que existen Cuerpos Extraños Vasculares Iatrogénicos y NO Iatrogénicos:

- Cuerpos Extraños Iatrogénicos (CEI).

Los más comunes son las guías, fragmentos de catéteres, coils de embolización, filtros de vena cava inferior, fragmentos de válvulas cardíacas, hilos, coils y electrodos de marcapasos.

Las causas se pueden dividir en: fallo técnico o fallo en los materiales.

Los stents suelen sufrir fracturas tras 2 - 10 días de su implantación y los dispositivos de acero tras muchos años de su implantación, debido a la corrosión natural que sufre el acero inoxidable.

- Cuerpos extraños NO Iatrogénicos: La gran mayoría corresponden a balas, se debe sospechar su migración al sistema vascular, cuando no existe un orificio de salida o cuando en la Rx no se identifica el cuerpo extraño en la teórica trayectoria del proyectil.

La mayoría migran al sistema arterial y con menor frecuencia al venoso. También existen casos raros en los que hay migración del CEI desde el sistema venoso hacia el arterial, pudiendo deberse a FAV, defectos en el septo interventricular, foramen oval permeable o comunicación atrioventricular traumática.

También deben considerarse en este grupo los pacientes con un catéter venoso fracturado, por causas no iatrogénicas, como en el caso de que el paciente decida cortarlo, falta de cooperación del paciente o por compresión del mismo entre la clavícula y la primera costilla.

- Técnicas de recuperación.

En este ítem se detallan las diferentes técnicas y dispositivos utilizados para la recuperación de cuerpos extraños, que son:

- Catéteres con un bucle trampa: tienen la ventaja de ser muy flexibles por lo que pueden amoldarse incluso a la forma del ventrículo, pero tienen un pobre agarre por lo que han sufrido diversas modificaciones, una de ellas la incorporación de nitinol, para generar en éstos memoria de forma y así evitar la deformidad por torsión. Existen diversas técnicas empleadas con este dispositivo como son:

a) Captura proximal.

b) Captura distal: cuando es posible pasar una guía junto al CEI.

c) Coaxial: cuando es posible pasar a través del CEI.

d) Agarre lateral. Cestas Dormia (en endoscopia) y cestas de recuperación de piedras: tienen poca navegabilidad por su rigidez, pero permiten la rotación de objetos y tienen gran fuerza para comprimir los cuerpos extraños.

- Técnicas con guía y balón: utilizada para la extracción de stents. Se atraviesa el stent o una parte de este con la guía luego se infla el balón, teniendo en cuenta que éste no debe ser muy ancho o muy pequeño. Por último se inserta todo el complejo dentro de la vaina y si no es posible, se debe movilizar el CEI hasta el sitio de mejor abordaje quirúrgico.

- Técnicas con guías:

1. Guía como trampa.

2. Horquilla con una guía.

3. Doble guía.

- Fórceps intravasculares (bilíares o miocárdicos).

- Riesgos y complicaciones del tratamiento del Varicocele por la técnica realizada:

- Dolor en el sitio de punción por la irritación del catéter durante 3-4 días, que se soluciona con antiinflamatorios locales.

- Induración e hinchazón del testículo por inflamación de las venas tratadas (tromboflebitis), que se controla con medicación.

- Se puede producir una inflamación (flebitis) o un coágulo (trombo) en la vena que se pincha.

- Sangrado por el sitio de la punción (hematoma).

- Excepcionalmente puede ocurrir que algunas de las espirales metálicas (Coils) se desplacen y se alojen en un sitio no deseado.

- Por el medio de contraste:

Reacciones alérgicas, que pueden ser: Leves como náuseas, picores o lesiones en la piel. Raramente graves como alteraciones de los riñones. Excepcionalmente la muerte (1 de cada 100.000 pacientes).

- Por la exposición a los rayos X:

Para la realización de esta intervención se utilizan rayos X que pueden originar efectos nocivos en el organismo; los beneficios derivados de esta prueba compensan estos efectos y en cualquier caso y en cumplimiento de la legislación vigente, se utilizará la dosis mínima para completar los objetivos de la intervención.

CONCLUSIONES

1.- A tenor de los síntomas y signos detectados en el paciente en el momento de su asistencia, valoración, exploración y pruebas complementarias, en el Servicio de Urología y en consonancia con todo ello, se decide un diagnóstico y se pauta el tratamiento a seguir consistente en: Embolización de Varicocele y Flebografía espermática. Entendemos que tal decisión fue la acertada, ajustada a la clínica que presentaba el paciente y en función de la sintomatología que refería en el momento de su atención.

2.- Como dijimos, puede ocurrir que algunas de las espirales metálicas (Coils) utilizadas para la Embolización se desplacen y se alojen en un sitio no deseado.

Al respecto, se considera que ello es lo que pudo suceder en el paciente hoy reclamante.

3.- Por la observación de la Historia Clínica e Informes analizados, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta.

Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la *lex artis*.

4.- Por lo tanto estimamos que, para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria fuera parte del daño suscitado y nexo de causa entre éste y la atención médica dispensada, debe existir una infracción que pueda demostrarse, del arte adecuado de actuación en los profesionales Médicos denominado: *lex artis*, siendo éste el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos. La *lex artis ad hoc* es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión si no también la infracción de dicha *lex artis*.

De tal modo es así, que si no es posible asociar al efecto dañoso, una infracción de la *lex artis*, no cabría estimar la reclamación que se promueve.

Consideramos que en modo alguno debe deducirse responsabilidad en la Administración Sanitaria por toda actuación de los servicios asistenciales que tenga relación causal con el efecto dañoso suscitado. La responsabilidad sólo derivaría de la inadecuada atención y disposición de medios médico-quirúrgicos.

Así pues, si no está presente esa inadecuada atención y disposición de medios, se entiende que el daño ocurrido no resulta antijurídico y por tanto, aquél, no es imputable a la Administración Sanitaria.

Desde otro punto de vista, la mera relación causal si la hubiere, entre la atención médica prestada y el resultado adverso, no generaría per se responsabilidad en la Administración, siempre y cuando se hubiesen dispuesto para la atención de la paciente, de los medios que -de modo razonable-, se precisaran para el diagnóstico.

5.- La numerosa jurisprudencia del Tribunal Supremo y de los Tribunales Superiores de Justicia, nos señala que no por reiterado deja de ser cierto que « (...) *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 beneficiario para el paciente (...)». La *lex artis* constituye un principio según el cual la labor médica es una obligación de medios y no de resultados.

6.- Este razonamiento es apropiado, ya que incluso en una buena práctica asistencial, no es posible prever todo efecto nocivo y por ende, la Administración Sanitaria no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones. La Medicina se limita, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento médico-quirúrgico sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud disipada, se refiere.

7.- No queda resuelto por parte del señor reclamante, que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la *lex artis*, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma; y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, NO debe establecerse responsabilidad patrimonial ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal -que entendemos no existe- entre la atención médica prestada y el resultado adverso; toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende.

8.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados.

9.- Por todo lo hasta ahora expuesto, el Servicio de Inspección Médica y Prestaciones, a la vista de la documentación recabada luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos advertidos, considera -por conclusión razonada- que no cabe estimar la actuación de los Servicios Asistenciales de la Administración Sanitaria como la causa del daño reclamado, toda vez que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis ad hoc*, valorando como correcta la actuación dispensada por aquéllos, y, por tanto, carente de antijuridicidad; no hallando nexo de causalidad -necesario para la pretensión reclamada-, ni proceder anormal alguno en el decurso del proceso asistencial de: Embolización de Varicocele unilateral y Flebografía

Espermática unilateral previa firma por parte del paciente, del documento jurídico de Consentimiento Informado, en el que se indica entre los Riesgos por la técnica que se está realizando, puede producirse migración del material de embolización (...).

10.- Por consiguiente, no concurriendo los requisitos determinantes de responsabilidad, el Servicio de Inspección Médica estima inexistente la Responsabilidad Patrimonial en la Administración Sanitaria.

3. Solicitado informe complementario, el SIP emite informe con el siguiente tenor:

1.- El día 13-11-2014, el reclamante se sometió a embolización de Varicocele izquierdo.

Realizada flebografía mediante contraste, una vez situados en la vena espermática izquierda se procede a la colocación de coils (3 Coils, Azur e Interlocks35, forma de espiral de platino con fibras sintéticas) en el recorrido de la vena espermática (gonadal) izquierda. Esto es, en distintos niveles (próximo a la rama púlica superior a la altura del canal inguinal, a lo largo del tercio superior de la pelvis y a pocos cm de la vena renal izquierda a la altura de la L3) con el fin de que se formen trombos consiguiendo interrumpir el reflujo venoso maximizando la oclusión de la venas colaterales reduciendo el flujo venoso, lo que descomprime el varicocele.

Varicocele: Dilatación de la venas a lo largo del cordón espermático en el escroto. Las válvulas dentro de las venas fallan, son insuficientes, permiten reflujo lo que ocasiona acumulación de sangre.

La oclusión de vasos sanguíneos de manera intencionada, con el objetivo terapéutico, es conocida como embolización. Se realizan dichos procedimientos para el tratamiento de sangrado activo o de manera profiláctica, tratamiento de anomalías vasculares o tumorales, etc. Los coils pueden ser de distintas formas: rectos, espirales (filamentos elásticos de platino). El platino es un material inerte, biocompatible e irreabsorbible, por tanto permanece en el cuerpo.

2.- Con anterioridad a noviembre de 2014, en consultas de atención primaria había presentado:

08.05.14: Lumbalgia/dorsalgia.

10.07.14: Dolor abdominal regularmente.

3.- El 25 de julio de 2017, en el Servicio de Urgencias del CHUIMI acude por dolor torácico y abdominal se realizan radiografías de tórax y abdomen, entre otras pruebas.

Radiografía de tórax normal. Como hallazgo, en la radiografía de abdomen se evidencia « (...) *cuerpo extraño, en forma de hilo posiblemente atribuible a la cirugía de varicocele* (...) ».

Ello se confirma en el TAC abdomino pélvico de 24.10.17: Las imágenes de alta densidad (metales) en flanco izquierdo se encuentran « (...) *inmediatamente anteriores al músculo psoas*».

Esto es, las imágenes de metales se corresponden con los coils colocados intencionadamente en el recorrido de la vena espermática. No ha existido migración a la circulación venosa central y por tanto no se ha alojado en la circulación pulmonar.

4.- No ha existido afectación torácica. No existe afectación en las vísceras abdominales ni retroperitoneales.

5.- En la fecha actual, se encuentra pendiente de nueva embolización por recidiva del varicocele izquierdo.

La recidiva ocurre alrededor del 8% de los casos. Esto se explica no por técnica deficiente sino por la presencia de variantes anatómicas y venas colaterales (bajas, altas, paralelas) imposibles de localizar, por lo que persistiendo el reflujo permite que recidive un varicocele previamente tratado.

6.- No constan procesos de incapacidad temporal para el trabajo, relacionados con la reclamación.

4. Con fecha 27 de diciembre de 2019, se dictó Acuerdo Probatorio admitiendo las pruebas propuestas salvo las testificales al no haber sido identificados por el interesado los testigos propuestos y abriendo un periodo probatorio para la aportación de los dictámenes periciales que estimase oportunos, lo cual, transcurrido dicho plazo no efectuó.

5. En el trámite de audiencia, el interesado, pese a acceder a copia del expediente, no presenta alegaciones ni documentación alguna.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada al entender que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 64/2020, de 18 de febrero), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece 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.

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 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).

Por su parte, la jurisprudencia ha afirmado que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»* -Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007-.

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea 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, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara también:

«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 ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante se fundamenta en que la operación quirúrgica de la que fue intervenido (flebografía espermática y embolización de varicocele unilateral) no resultó efectiva por su deficiente ejecución o no ser conforme a la *lex artis*, ya que, según refiere, se le detectaron con posterioridad cuerpos extraños en el tronco y abdomen por los que se encuentra de baja y no puede desempeñar su profesión de Buzo. También alega que no fue informado de los riesgos de la intervención y que no firmó el consentimiento informado.

Al respecto debemos afirmar que sin la constatación de estos extremos de hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Por tanto, sin la determinación de ese nexo causal no es posible la

estimación de la pretensión resarcitoria y lo cierto es que el interesado no logra probar ninguna de sus alegaciones.

En efecto, de la documentación obrante en el expediente se desprende que la intervención fue correctamente indicada y realizada, que el paciente sí fue informado -contrariamente a lo que manifiesta- constando documento de consentimiento suscrito, donde consta, entre otros riesgos, el de la migración del material de embolización a circulación pulmonar, que puede conducir a complicaciones graves, incluso la muerte (folio 90).

3. En cuanto a los daños que alega padecer como consecuencia de los coils de embolización, en la historia clínica ya consta que con anterioridad a la intervención de embolización de varicocele había presentado lumbalgia y «*Dolor abdominal regularmente*», así como migraña clásica teniendo antecedentes familiares. Por otro lado, la existencia de «*cuerpos extraños*» se debe, según se señala en la historia clínica a que las espirales son irreabsorbibles.

En suma, como afirma el Jefe de Servicio de Urología, es prácticamente imposible asociar, con evidencia científica, la existencia de las molestias en la región inguinal y lumbar izquierda que relata el paciente con el procedimiento realizado.

A lo que hay que añadir que el SIP destaca que no ha habido afectación torácica ni en las vísceras abdominales ni retroperitoneales.

Por consiguiente, este Consejo coincide con la Propuesta de Resolución en que, a la vista de la documentación obrante, no se aprecia la existencia de nexo causal entre las dolencias que dice padecer y la localización de los coils.

Por el contrario, de lo relatado se deriva que la atención sanitaria recibida por el interesado se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*, según la jurisprudencia aludida anteriormente, ya que se le practicó adecuadamente, previa firma del consentimiento informado, la flebografía espermática y embolización de varicocele unilateral, no apreciándose mala praxis.

Esa falta de prueba, así como la adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis*, rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama, y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria del reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.