

Expediente: 45/2015

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra por asistencia sanitaria.

Dictamen: 8/2016, de 25 de enero de 2016

DICTAMEN

En Pamplona, a 25 de enero de 2016,

el Consejo de Navarra, integrado por don Eugenio Simón Acosta, Presidente; don Alfredo Irujo Andueza, Consejero-Secretario; y los Consejeros doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Iruretagoyena Aldaz, don José Antonio Razquin Lizarraga, doña Socorro Sotés Ruiz y don Alfonso Zuazu Moneo,

siendo ponente doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 9 de diciembre de 2015 tuvo entrada en este Consejo escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.1, en relación con el artículo 16.1 de la Ley Foral 8/1999, de 16 de marzo, del Consejo de Navarra, modificada por la Ley Foral 25/2001, de 10 de diciembre, del Consejo de Navarra (en adelante, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo sobre responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, presentada por doña..., en representación de doña..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por la Orden Foral 332/2015, de 14 de octubre, del Consejero de Salud.

A la solicitud se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación de responsabilidad patrimonial,

incluyéndose la propuesta de resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Orden Foral 332/2015, de 14 de octubre, del Consejero de Salud, en la que se ordena la solicitud del dictamen preceptivo de este Consejo.

I.2ª. Antecedentes de hecho

Reclamación de responsabilidad patrimonial

Por escrito de 10 de mayo de 2013, la representación letrada de doña... formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración a la Comunidad Foral de Navarra, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por deficiente atención médica y tardanza en la misma, al haberse quebrantado los criterios de atención, diligencia, pericia y cautela asistencial, solicitando una indemnización de ciento ochenta mil euros (180.000 euros).

En la reclamación se reseña que doña..., el 4 de octubre de 2012, acudió al Centro... a las 20.30 horas, tras haber consultado con el 112 su sintomatología, consistente en pitidos en el oído izquierdo, mareos y náuseas, e indicarle que podría tener un principio de Menière. Su madre padece esa patología y doña... había sufrido vértigos de carácter cervical.

En la consulta la doctora le miró los oídos y vio que había un tapón; chasqueó los dedos en ambos oídos y doña... le indicó que no oía por el izquierdo. La doctora le comentó que aun con el tapón debería oír algo. Doña... pidió que se le extrajera en ese momento el tapón, y se le respondió que debía seguir con las gotas pautadas y esperar al lunes siguiente para que la enfermera procediera a la extracción. Se le hizo prueba de equilibrio y se descartó que los mareos se debieran a vértigos de Menière, pautándose dogmatil para los vértigos, "salió de la consulta en silla de ruedas porque se sentía mucho peor a causa de los mareos".

El sábado 6 de octubre de 2012, lo pasó mejor, sin vértigo, pero seguía sin oír nada.

El lunes día 8 de octubre de 2012 acudió a quitarse el tapón, comentándole a la enfermera que seguía sin oír nada por el oído izquierdo, e indicarle ésta que a veces se quedaba un poco afectado el tímpano con la extracción. La enfermera le aconsejó que acudiera al médico de cabecera al día siguiente si seguía sin oír.

El 9 de octubre de 2012 acudió, por otros asuntos, a la cita que tenía con su médico de atención primaria (en adelante, MAP). En la consulta aprovechó para comentarle que desde el 4 de octubre de 2012 no oía nada por el oído izquierdo. Le examinó el oído y no encontró nada fuera de lo normal, advirtiéndole que si no se curaba en unos días acudiera para darle cita con el especialista. En ese momento pidió que se le diera cita, quedando en lista de espera.

El 10 de octubre de 2012 se presentó en urgencias del Hospital...

El especialista en otorrinolaringología de urgencias le pudo atender y ver rápidamente. El facultativo le hizo la misma prueba de chasquido de los dedos y ante el resultado se sorprendió que no le hubieran puesto tratamiento. Se le practicó una audiometría y, al ver los resultados, "le pautó con urgencia la medicación adecuada, para comenzar el tratamiento ese mismo día". El diagnóstico fue "hipoacusia súbita", "el doctor le insistió que era muy importante actuar dentro de las 48 horas siguientes a la pérdida de audición, ya que el tratamiento no sería tan eficaz como lo hubiera sido si se hubiese hecho a tiempo". Prescribió corticoides, citándole para el día 23 de octubre de 2012 con el doctor...

El doctor... le vio en consulta el 23 de octubre de 2012 y, tras relatarle lo ocurrido, le pautó tratamiento con corticoides y vasodilatadores.

Al mes siguiente volvió a revisión con el citado doctor y se le confirmó que había recuperado un 20% de audición; en el momento actual cuenta con un 25% del nivel total. No se pautó más medicación al considerar que no mejoraría la audición.

El 11 de enero de 2013 volvió a revisión y se le realizó audiometría, confirmando los mismos niveles de audición. Se le recomendó la colocación de audífono en el centro Widex. Realizó varias pruebas a tal efecto, pero doña... decidió dejarlos al no suponer mejoría.

El 8 de mayo de 2013 se le efectuó una resonancia magnética sin que ésta arrojará más información sobre el origen de la pérdida súbita de audición.

En la reclamación se transcribe el informe del doctor..., otorrinolaringólogo del..., que recoge el tratamiento ofrecido a la paciente, la carencia de solución médica y quirúrgica a la pérdida de audición irreversible, así como la falta de tolerancia de doña... a la prótesis auditiva.

La reclamante indica, además, que con el fin de recuperar algo de audición en la ... se ofrece como solución un implante coclear, reseñándose que en este caso se produce la figura del “agotamiento de todos los medios posibles para la sanación del paciente del Sistema Nacional de Salud”.

Se invocan los fundamentos jurídicos de la pretensión y se afirma, con cita jurisprudencial, que se ha incumplido la “lex artis” y que concurre una situación de agotamiento de los medios de curación en el sistema nacional de salud, entendiendo la pérdida de audición presentada como una “urgencia vital” de las que se derivaría el deber de indemnizar.

La reclamación se concluye con la solicitud de que se indemnice a doña... con la cantidad de ciento ochenta mil euros (180.000 euros) por haberse quebrantado los criterios de atención, diligencia, pericia y cautela asistencial.

Iniciación del procedimiento

Por Resolución 46/2013, de 9 de septiembre, del Secretario General Técnico del Departamento de Salud, se acordó: 1º) admitir a trámite la reclamación de fecha 31 de julio de 2013; 2º) nombrar instructor del procedimiento; 3º) informar a los interesados de los efectos que se podían derivar de la reclamación presentada respecto al acceso a los datos de su

historia clínica; 4º) informar del plazo máximo para resolver y notificar la resolución del procedimiento, seis meses a contar desde el día 31 de julio de 2013, y de los efectos del silencio administrativo -desestimación de la solicitud e inicio el plazo de seis meses para la interposición del recurso contencioso-administrativo-; y 5º) dar traslado de la resolución al instructor y notificarla a la representación letrada de doña...

La resolución fue notificada a los interesados, constando como fecha de su recepción el 8 de octubre de 2013.

Instrucción del procedimiento: historia clínica

Iniciada la instrucción, se solicitó al Director del Equipo de Atención Primaria de..., por el instructor copia de la historia clínica completa de doña... del Centro de Salud de..., en cuanto a la asistencia de una sordera súbita presentada el 4 de octubre de 2012 en dicho centro y sus secuelas posteriores; y al Subdirector de Urgencias de Atención Primaria, copia de la historia clínica completa de doña..., correspondiente al Centro..., sobre una presunta errónea asistencia de una sordera súbita prestada el 4 de octubre de 2012 en dicho centro y sus secuelas posteriores. Igualmente, se requirió un informe médico a don..., Adjunto del Servicio de Otorrinolaringología A del...

De la documentación clínica aportada cabe destacar, a los efectos de este dictamen, como más relevantes y significativos los siguientes datos:

El 4 de octubre de 2012, doña..., acudió a las 20.09 horas al Centro..., siendo vista en triaje (organización de pacientes y priorización de esperas) por "hipoacusia izquierda, mareos y náuseas". En el informe se refiere que padece hipoacusia progresiva del oído izquierdo desde el mediodía, con mareo en bipedestación; sin sensación de giro, pero sí de inestabilidad y náuseas. No se detecta fiebre ni alteración de visión, fuerza o sensibilidad. Se reseña como normal la apariencia de la piel y las actividades neurológica, pulmonar y cardíaca. Con maniobra de provocación se comprueba vértigo. En la exploración se detecta la existencia de un tapón de cerumen en el oído izquierdo, con nistagmo lateral que se agota. Se le administra dogmatil y

primperan intramuscular, y se le deriva a la consulta del médico de Atención Primaria.

El lunes día 8 de octubre de 2012 acude al Centro de Salud de..., se le extrae el tapón de cerumen del oído izquierdo; se indica que sigue sin oír y se le recomienda que consulte al día siguiente a su médico de Atención Primaria.

El 9 de octubre de 2012 acude a consulta concertada con su MAP. Este médico no observó nada anormal en los oídos, y se solicita una consulta con el especialista en ORL con cita para días posteriores.

El 10 de octubre de 2012 la reclamante acude a Urgencias del... en la que se efectúa valoración por el médico general y se le derivada a la sección de ORL Rinología HVC. En la anamnesis aquí practicada se refiere que doña... presenta “antecedentes de VPPB estudiada en la Unidad de Vértigo, cuadro de seis días de evolución que se inició de forma súbita con pérdida de audición del oído izquierdo y acúfenos intermitentes de frecuencias altas que han ido en aumento”. Se reseña que “consultó con su MAP y le extrajo resto de cera del oído afectado, no mejoró”. También se señala “que tenía inestabilidad ocasional que remitió hace cuatro días”.

En la exploración física se constata que la otoscopia resulta “normal parestesia leve pabellón auricular izquierda”, “no adenopatías”. Respecto de las exploraciones complementarias, se indica que la timpanometría es normal A bilateral; la audiometría tonal del oído derecho es normal. Se aprecia hipoacusia neurosensorial y el PAM arroja 50 decibelios en el oído izquierdo. El juicio clínico es “hipoacusia súbita oído izquierdo” y se pauta tratamiento con prednisona y omeprazol. Se prescribe control por su ORL de Atención Primaria, dándosele cita para revisión y estudio.

El 23 de octubre de 2012 acude a revisión al Servicio de Otorrinolaringología de... En el informe se señala: “Hipoacusia de oído izquierdo tratada con corticoides. Evolución: No ha notado mejoría en la audición. Refiere acúfeno agudo en relación a sonidos intensos. Exploración otoscopia normal. Weber al lado derecho. Resultados de pruebas

complementarias audiometría: Hipoacusia neurosensorial izquierda con importante caída en frecuencias agudas (pérdida media de 88 decibelios) (probable cofosis). Pruebas complementarias solicitadas RNM. Tratamiento. Zamene 30 (1-0-1) 7 días y reducir (7-7-7-7). Nimodipino (2-2-2) un mes. Omeprazol (0-0-1). Revisión en un mes”.

El 21 de noviembre de 2012 se le efectúa de nuevo revisión. Se detalla en la exploración: otoscopia normal e hipoacusia neurosensorial severa izquierda con pérdida media de 75 decibelios, con “umbral de discomfort pinzado, aunque va disminuyendo la algiacusia y los acúfenos”. Se indica revisión en dos meses para nueva audio y valorar audífono.

Con fecha 11 de enero 2013 se le realiza revisión. En los resultados de las pruebas complementarias se detalla que la audiometría no experimenta cambios: hipoacusia neurosensorial izquierda con pérdida media de 70 decibelios. Se reseña que se precisa valoración de cara a posible adaptación audiotrófica, indicándose que debe volver con el resultado de la RNM.

El 8 de mayo de 2013 se realiza nueva valoración. En el informe se indica que el RNM de oídos y cerebral, realizado el 4 de abril de 2013, es normal. Ha intentado adaptación protésica, pero tiene mucha algiacusia aunque le disminuye algo el acúfeno. Se le cita en seis meses para control audiométrico.

Por último, en el informe de 17 de mayo de 2013, se reseña que la paciente fue tratada con corticoides y nimodipino a dosis altas durante un mes, a pesar de lo cual no consiguió una recuperación de la audición. Se señala que los estudios de imagen del oído no dan información suficiente sobre origen concreto de la pérdida auditiva; sin embargo, la audiometría revela una pérdida de audición neurosensorial severa con pérdida media de 70 decibelios, originada por una lesión de oído interno del lado izquierdo de carácter y para la que en el momento actual no se conoce solución médica ni quirúrgica alguna. También se indica que estas lesiones de oído interno provocan una mala tolerancia a los sonidos intensos, por lo que la paciente no ha tolerado la adaptación de prótesis auditiva que podría haber paliado

parcialmente su déficit auditivo. Se concluye que la lesión es irreversible y sin solución alguna posible.

Informes

A solicitud del instructor del procedimiento ha emitido informe don..., Médico Adjunto del Servicio de Otorrinolaringología del... En dicho informe se apunta que la paciente acudió a su consulta por primera vez a los 19 días de haber sufrido la pérdida auditiva, habiéndosele dispensado el tratamiento indicado, que es el comúnmente aceptado en la especialidad de otorrinolaringología para su patología. Indica que las posibilidades de tratamiento y el agotamiento de éstas las ha referido sólo a los tratamientos estrictamente médicos y quirúrgicos, y no a los protésicos como el implante coclear, ya que en su centro hospitalario no se implantan por ahora, y la indicación de estos implantes se reserva sólo para los casos en los que los pacientes presentan pérdidas auditivas severas de ambos oídos, y no son capaces de adaptarse a los audífonos convencionales. También apunta que cabe la posibilidad de que la paciente tampoco tolere la audición con el implante coclear al igual que aconteció con el audífono convencional.

Dictamen médico.

Consta en el expediente el dictamen médico emitido por la asesoría médica... (en adelante, ...) a solicitud de la compañía... En el informe de fecha 23 de abril de 2014, suscrito por el doctor don..., especialista en Otorrinolaringología, se efectúa un resumen detallado de los hechos y se realizan diversas consideraciones sobre la actuación médica dispensada a la reclamante en Atención Primaria, el diagnóstico y tratamiento de su sordera súbita en el Hospital, así como la posible existencia de una pérdida de oportunidad o agotamiento de los medios de curación. De éstas caben destacar las siguientes consideraciones.

Según el informante, las actuaciones llevadas a cabo en Atención Primaria fueron las correctas y adecuadas, siguiendo los protocolos de Atención Primaria para los casos de hipoacusia. La decisión tomada en la consulta de 4 de octubre de 2012, de pautar un tratamiento tópico y

planificar la extracción de los tapones de cerumen, resultaba la adecuada “en el ambiente de Atención Primaria”, ya que “en casos como este no se realizan más pruebas específicas, ni se solicita el concierto del especialista de forma inmediata”, habiéndose prescrito “tratamiento médico para el cuadro de vértigo y las náuseas”. El 8 de octubre de 2012 se le extrajo el tapón de cerumen, y al no mostrar mejoría se le derivó a la consulta de su médico de Atención Primaria, que al constatar que persistía la hipoacusia decidió derivar al paciente al especialista de la ORL.

Las actuaciones llevadas a cabo en el Hospital, el 10 de octubre de 2012, también se estiman conformes a los protocolos. El médico de Urgencias examinó a la paciente y solicitó la ayuda del especialista ORL de guardia. Éste realizó un estudio inmediato a la paciente, que incluyó todas las pruebas necesarias para llegar a un correcto diagnóstico de la sordera súbita, e instauración del tratamiento médico.

En cuanto a la patología sufrida por doña... y tratamiento a dispensar destaca el perito que: “En las hipoacusias sensorineurales bruscas es deseable que el tratamiento se instaure en un plazo no sea superior a 48 horas, pero en ningún caso esta circunstancia garantiza la recuperación funcional del paciente. Ninguna publicación científica ha demostrado que un tratamiento precoz asegure la recuperación de la audición. Más bien al contrario parece claro que da igual que se instaure tratamiento o no, pues la pérdida de audición evoluciona de forma independiente al tratamiento”. También se indica que en el caso de doña... no existía certeza sobre la causa de la hipoacusia súbita y se detalla que su origen puede provenir de causas muy diversas: problemas vasculares, patología autoinmune, tumoraciones del ángulo pontocerebelosos, patología endococlear y neuritis de causa viral o bacteriana. La opinión del informante es que “en este caso me inclinaría por la patología endococlear, aunque no existe certeza absoluta al respecto”, dado que la “juventud de la paciente descarta la lesión vascular y la RM la existencia de un tumor intracraneal”.

Igualmente se dice que, según la literatura científica, en “casos como el acontecido, de afectación posterior y anterior del laberinto, el pronóstico de

la sordera súbita es muy malo, se instaure tratamiento precoz o no”; y “cuando existe afectación vertiginosa concomitante, como ocurría en este caso, la mayoría de los autores afirman que la posibilidad de recuperar la audición es muy remota sea cual sea el tratamiento instaurado”. Se reseña, además, que los síntomas que refería la paciente antes del cuadro y en el mismo, relativo al padecimiento de vértigo e inestabilidad, producía un peor pronóstico del resultado en la recuperación auditiva, y hacía pensar en otras posibilidades de causa de la misma, como podría ser un cuadro de vértigo de Menière.

En el dictamen se destaca el curso aleatorio de estas patologías con independencia del tratamiento que se siga, la coincidencia de la mayoría de autores sobre la inexistencia de un tratamiento universalmente reconocido como útil, y la opinión de los expertos respecto “a que las recuperaciones son espontáneas e independientes de la terapéutica instaurada y obedecen a la capacidad de plasticidad del Sistema Nervioso Central y el órgano sensorial de la audición”. Y se añade que la paciente impidió la participación de los especialistas en ORL al decidir acudir a la medicina privada.

Por otra parte, se alega que la paciente posee al final de su evolución una pérdida de audición parcial en el oído izquierdo, secuela moderada, que no se puede afirmar que se hubiera evitado de haber mediado un tratamiento más precoz-; aseverándose que “respecto a la posterior indicación, hecha en la..., que no se documenta, de la necesidad de colocación de un implante coclear es un hecho cuando menos discutible para el tratamiento de una pérdida de audición parcial en un solo oído”.

Las conclusiones del informe son las siguientes:

- 1. Los médicos de atención primaria llevaron a cabo un estudio adecuado a los hechos referidos por la paciente y a los hallazgos clínicos. Derivaron correctamente a la consulta de ORL, posteriormente.*
- 2. La paciente fue estudiada posteriormente de forma adecuada en la atención médica especializada del sistema público de salud.*

3. *El diagnóstico fue el adecuado y los tratamientos los correctos.*
4. *La no recuperación de la audición se debe a la naturaleza irreversible de la misma, no es debida a un tratamiento tardío o inadecuado.*
5. *No existió pérdida de oportunidad ni falta de agotamiento de las posibilidades terapéuticas.*
6. *Toda la actuación médica es correcta y se ajusta a la “lex artis ad hoc”.*

Trámite de audiencia y alegaciones

Mediante oficio de fecha 18 de junio de 2014, el instructor del procedimiento dio trámite de audiencia a la interesada por un periodo de diez días hábiles para la presentación de nuevas alegaciones, presentación de otros documentos y justificaciones que se estimaran pertinentes. Asimismo, se le facilitó copia de la historia clínica facilitada por el Subdirector de Urgencias de Atención Primaria y el Director del..., el informe emitido por ..., Adjunto del Servicio de Otorrinolaringología A del..., así como el dictamen médico emitido por la Asesoría Médica...

La representación letrada de la reclamante, por escrito de 7 de julio de 2014, manifestó su disconformidad con el informe pericial efectuado por la compañía aseguradora del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, insistiendo en la existencia de una pérdida de oportunidad al considerar que el 4 de octubre de 2012 le debieron haber diagnosticado a la paciente “hipoacusia súbita”, o haberla enviado a un especialista en otorrinolaringología de urgencias para que tratase el caso, dado que las pruebas realizadas en el centro apuntaban a algo más grave que un tapón de cera y la única indicación fue acudir a su MAP el lunes siguiente para su retirada. Se indica que el tratamiento con vasodilatadores fue tardío, a los 20 días, y la paciente recuperó 13% de audición, por lo que atendiendo a la lógica entiende que de haber aplicado antes el tratamiento se podría haber recuperado más audición. Se insiste que no se agotaron todos los medios de curación, puesto que el

tratamiento ofrecido a las 48 horas no lo fue para la sordera súbita, sino para los mareos y se mandó quitar el tapón; y que existió error en la praxis médica al atribuir la sordera a un tapón y no enviar de inmediato a la paciente a un especialista que viera que existía una sordera total. Igualmente se reseña que existe un agotamiento de las posibilidades terapéuticas para esta paciente, que no tolera bien los audífonos, como es el implante coclear y que conoce esta solución por acudir a la medicina privada, puesto que no se la comentaron en la Seguridad Social.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., en nombre y representación de doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, por deficiente atención sanitaria y tardanza en la misma.

En su fundamentación se trae a colación la reiterada doctrina sobre el cumplimiento de la “lex artis” en la determinación de una actuación médica correcta, así como todas las consideraciones y las conclusiones del dictamen de... de fecha 23 de abril de 2014, recogiendo de este informe una transcripción íntegra y exacta de las apreciaciones y conclusiones anteriormente reseñadas. Se afirma que las alegaciones presentadas no desvirtúan en nada este informe pericial, y se abunda en que no se ha presentado ningún otro dictamen médico contradictorio que pueda desvirtuarlo.

De todo ello se concluye que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea fue plenamente adecuada y conforme a la “lex artis ad hoc”, por lo que procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por doña..., en nombre y representación doña..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Es ésta una consulta, en un expediente de responsabilidad patrimonial, de un organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia sanitaria.

El artículo 16.1. letra i) de la LFCN ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes tramitados por la Administración de la Comunidad Foral en los que la ley exija preceptivamente el dictamen de un organismo consultivo; en particular, en las reclamaciones de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

Por su parte, la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN), establece en sus artículos 76 y siguientes el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, solicitud de informes necesarios, audiencia del interesado, dictamen del Consejo de Navarra, propuesta de resolución y, finalmente, resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite este dictamen como preceptivo, pues la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a 120.202,42 euros.

De otra parte, en orden a la determinación del órgano competente para resolver, a tenor de lo dispuesto en el artículo 116 de la LFACFN, la resolución de los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponderá al Presidente o Director Gerente de los respectivos organismos autónomos de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

La tramitación del presente procedimiento se estima correcta, habiendo incorporado los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria prestada, constando además informes

médicos suficientes para valorar la misma y, en definitiva, habiendo respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde a los reclamantes, otorgándoles la posibilidad de conocimiento íntegro de las actuaciones, formulación de alegaciones y presentación de documentos, y todo ello con anterioridad a la propuesta de resolución.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y en los artículos 76 y siguientes de la LFACFN, en los que se contienen las normas procedimentales aplicables en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del

servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

II.3^a. En particular, la antijuridicidad del daño y cumplimiento de la *lex artis*

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo ha señalado en dictámenes anteriores (entre otros, 7/2014, de 10 de marzo y 4/2015, de 26 de enero), el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o

sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la "lex artis" y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida ("lex artis"). Este criterio 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 sino también la infracción de dicha "lex artis"; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "lex artis" (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional.

En ese sentido cabe destacar, según señaló la STSJ de la Rioja, número 662/2005, de 24 de noviembre de 2005, fundamentando la inexistencia de responsabilidad patrimonial, en un caso semejante al presente en el que la hipoacusia súbita interaccionaba con un posible diagnóstico de Síndrome de Menière, que: “la infracción de estas reglas de la *lex artis* se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación (...) sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la *lex artis* (no siendo el daño antijurídico) 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. El criterio de la *lex artis* se define como *ad hoc*, es decir, se trata de un criterio valorativo de cada caso concreto que no atiende a criterios universales sino a las peculiaridades del caso concreto y de la asistencia individualizada que se presta en cada caso”.

De lo expuesto se colige que el reproche de antijuridicidad de la lesión acaecida se elimina si la actuación médica se ajusta a la *lex artis ad hoc*; esto es, cuando se valore que la actuación médica se ha desarrollado correctamente teniendo en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, atendiendo al estado de la ciencia y técnica normal requerida, cumpliéndose tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, como respondiendo con eficacia los servicios (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 11 de marzo de 1991).

Cuando se hubiera procedido así, el daño producido no sería calificado de antijurídico y, en consecuencia, no concurriría uno de los presupuestos básicos para que se estime la responsabilidad de la Administración.

En el presente caso la reclamación de responsabilidad dirigida contra la Administración se sustenta en la posible existencia de un incumplimiento de la “lex artis ad hoc” por deficiente atención sanitaria y tardanza en la misma. Para valorar si puede considerarse que ello ha sido así, debemos abundar en los datos que ofrecen la historia clínica e informes incorporados al expediente sobre la sintomatología y proceso asistencial ofrecido a doña... en el Centro..., en el de Atención Primaria del Centro de Salud de... y en los Servicios de Urgencias y Otorrinolaringología del...

En la primera consulta, de fecha 4 de octubre de 2012, la historia clínica indica que la paciente acudió por sufrir hipoacusia izquierda, mareos y náuseas, realizándole exploración y detectándole un tapón en el oído izquierdo. Se le administró dogmatil y primperan intramuscular, y se solicitó consulta con la enfermera para lavado el 8 de octubre. Los vértigos fueron cediendo en los días siguientes y el lunes día 8 se le extrajo el tapón de cerumen del oído izquierdo. Ante la pérdida de audición, la enfermera le aconsejó que fuera a la consulta de su MAP.

El 9 de octubre acudió a su MAP y el médico no observó nada anormal en los oídos y, conforme a la solicitud de la paciente, se solicitó una consulta con el especialista para los días posteriores.

Según se señala en el informe de..., la atención dispensada en el Centro... y en el Centro de Salud de... se acomoda al proceder correcto y adecuado de los protocolos previstos en Atención Primaria para los casos de hipoacusia como el que presentaba la paciente, ya que ésta mostraba diversos síntomas. Hay que tener presente que, según se indica en el informe, un “cuadro de vértigo e inestabilidad produce un peor pronóstico del resultado en la recuperación auditiva y nos hace pensar en otras posibilidades de causa de la misma, como podría ser un cuadro de vértigo de Menière”. El cuadro clínico de esta paciente podía hacer suponer, se indica por..., en esa patología en su fase más de inicio, dado que la enfermedad de “Menière o *hydrops* endolinfático”, se produce por una dilatación de las membranas laberínticas asociadas a un aumento del volumen de la endolinfa”, y suele afectar al laberinto anterior o cóclea

(hipoacusia y/o acúfenos) y al posterior o vestibular (trastornos del equilibrio). Dicha patología produce la tríada característica que se define por crisis de vértigo periférico, al menos en 2 ocasiones, asociada a desequilibrio y cortejo vegetativo, asociándose nistagmo horizonto-rotatorio; hipoacusia de percepción, que debe estar constatada audiométricamente al menos en una ocasión; acúfenos, plenitud ótica o ambos. En consecuencia, no resultaba tan claro e indubitable el diagnóstico en el episodio de atención del día 4 de octubre de 2012, a pesar de lo afirmado por la representación letrada de la reclamante.

En cuanto al tratamiento dispensado en el Servicio de Urgencias y Otorrinolaringología del... es de destacar que éste se efectuó el día 10 de octubre de 2012, seis días después de la consulta en el Centro..., y fue inmediato.

En el Servicio de Urgencias del... se le remitió al especialista de urgencias del ORL, donde se le realizó un estudio sin dilación con exploración y pruebas específicas de audición. Se le diagnosticó sordera súbita en oído izquierdo, con una afectación del oído izquierdo de 50 decibelios de media. En ese momento se le instauró tratamiento médico con corticoides, propio para la patología de la hipoacusia, y se le recomendó una nueva revisión en ORL. La propia parte reclamante reconoce este hecho, señalando "que se le hizo la audiometría, y al ver los resultados, le pautó con urgencia la medicación adecuada, para comenzar el tratamiento ese mismo día".

La revisión tras ese diagnóstico se realizó el 23 de octubre de 2012 en la consulta de ORL, donde la paciente refirió que no había notado cambios en la audición, arrojando la medición de la audición en el oído izquierdo una pérdida de unos 88 decibelios. Se le solicitó la realización de una Resonancia Magnética (RM) y se le añadió más cantidad de corticoides y vasodilatador.

En la revisión de 21 noviembre de 2012 se apreció una cierta recuperación auditiva, determinando la audiometría una pérdida en unos 75 decibelios.

La exploración auditiva de la revisión de 11 de enero de 2013 no ofreció cambios.

En la revisión de 9 de mayo de 2013 se apreció que la RM era normal y se descartó que existieran lesiones intracraneales. Se advirtió también que la adaptación de prótesis auditiva le resulta difícil y su audición residual era de media de 70 decibelios en frecuencias conversacionales en el oído izquierdo.

A la vista de estos datos la pericial médica de... estima que todas las actuaciones médicas anteriormente referidas se adecuaron a la "lex artis", sin que conste de contrario informe médico que desvirtúe este parecer.

En el presente caso, según el dictamen y la historia clínica, no existe certeza sobre el origen de la hipoacusia súbita. Esta puede provenir de problemas vasculares, problemas inflamatorios por patología autoinmune, tumoraciones del ángulo pontocerebeloso, patología endococlear, o neuritis de causa viral. El perito opina que podría ser una "patología endococlear, aunque no existe una certeza absoluta al respecto", puesto que la "juventud de la paciente descarta la lesión vascular y la RM la existencia de un tumor intracraneal".

Ello resulta de interés puesto que del cuadro endococlear se dice que: "en los diferentes artículos de la literatura se afirma que, en casos como éste de afectación posterior y anterior del laberinto, el pronóstico de la sordera súbita es muy malo, se instaure tratamiento precoz o no. Además cuando existe afectación vertiginosa concomitante, como ocurría en este caso, la mayoría de los autores afirman que la posibilidad de recuperar la audición es muy remota sea cual sea el tratamiento instaurado".

Es de destacar, además, la apreciación de que "todos estos cuadros siguen un curso aleatorio en sus resultados independientemente de qué tratamiento se instaure o cuando se haga", y el hecho de que "la mayoría de autores coinciden en señalar que no existe un tratamiento universalmente reconocido como útil, la tendencia es a pensar que las recuperaciones son espontáneas e independientes de la terapéutica instaurada y obedecen a la

capacidad de plasticidad del Sistema Nervioso Central y el órgano sensorial de la audición”.

Cabe también apuntar la valoración de..., no desvirtuada técnicamente de contrario, relativa a que “la opinión de los expertos a nivel científico internacional es unánime, un tratamiento urgente el mismo día de la aparición de la hipoacusia no hubiera supuesto un aumento de las posibilidades de curación, ya que la experiencia clínica que existe sobre este tipo de casos así lo afirma”. Éste es un elemento de apreciación constante para la valoración de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial en casos como el que nos ocupa y que ha llevado a la desestimación de las pretensiones resarcitorias instadas por ese motivo (en tal sentido, STSJ de Madrid número 394/2013, de 7 mayo de 2013; STSJ de Castilla y León número 2161/2007, de 16 noviembre de 2007; STSJ de País Vasco número 1047/2003, de 5 diciembre de 2003,); máxime si hay interacción en el diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia súbita con un posible Síndrome de Menière (STSJ de la Rioja número 662/2005, de 24 de noviembre de 2005).

Por otra parte, no se ha acreditado que existiera efectivamente una pérdida de oportunidad terapéutica de entidad, habiendo recibido doña... la atención y tratamiento oportuno desde el 10 de octubre de 2012 respecto a esa patología por los servicios de ORL (en tal sentido, en un supuesto semejante al presente, STSJ de Castilla y León número 2390/2010, 29 de septiembre de 2010).

Todos estos datos y apreciaciones hacen concluir que las actuaciones y diagnósticos ofrecidos a doña... en el Centro..., en el de Atención Primaria del Centro de Salud de... y en los Servicios de Urgencias y Otorrinolaringología del... se ajustaron, en cada momento, a la sintomatología que presentaba, cumpliendo con las exigencias de la “lex artis ad hoc”.

En consecuencia, en el presente caso no se aprecia la existencia de un daño antijurídico que la interesada no tenga el deber jurídico de soportar del que se deba derivar responsabilidad patrimonial a la Administración por el

funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que los profesionales de los citados servicios actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*. No habiéndose probado tampoco la existencia de una relación de causalidad entre la actuación médica y el resultado dañoso producido.

Tampoco figura acreditada la necesidad de aplicar un implante coclear, ni justificada su conveniencia en un caso como el presente de pérdida de audición parcial en un oído, habiéndose reseñado en el informe del doctor... “que cabe la posibilidad de que la paciente tampoco tolere la audición con el implante coclear al igual que aconteció con el audífono convencional”.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación formulada por doña..., en nombre y representación de doña..., por daños derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios debe ser desestimada.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.