

Dictamen n.º: **2/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.01.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 9 de enero de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. por la asistencia sanitaria prestada en el tratamiento de una sordera súbita.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito registrado en la Delegación del Gobierno en Galicia dirigido al SERMAS el día 12 de julio de 2017 la interesada antes citada, asistida de abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada en el tratamiento de una sordera súbita por el Centro de Salud Francia y por el Hospital Universitario de Fuenlabrada (folios 1 a 16 del expediente administrativo).

Según expone en su escrito, el 19 de julio de 2016 acudió a su centro de salud por zumbido en el oído izquierdo, hipoacusia y algo de inestabilidad, diagnosticándosele otitis media aguda. Cinco días

después, el 24 de julio, tuvo que ser atendida en el Hospital Civil de Málaga por otalgia izquierda donde, tras ser diagnosticada de otitis externa se pautó tratamiento antibiótico. Manifiesta que el día 26 de julio tuvo que ser nuevamente atendida por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada, tras ser derivada desde su centro de salud, por otitis media aguda inespecífica, quedando constancia en la historia clínica de que refirió sordera súbita del oído izquierdo de una semana de evolución. Alega que fue derivada al Servicio de Otorrinolaringología para valoración de sordera súbita, donde fue atendida ese mismo día quedando ingresada para la administración de dosis altas de corticoides. Al no observarse mejoría se procedió a realizar una infiltración infratimpánica de corticoide, realizándose una segunda infiltración el día 8 de agosto de 2016 y una tercera el día 16 de agosto de 2016.

Considera que *“la no puesta en marcha –desde el primer momento- del protocolo de actuación ante una sordera súbita, en una paciente joven y sana, incluyendo la administración de dosis masivas de corticoides”* supuso *“una flagrante vulneración de la lex artis de la medicina”* y afirma que *“cuando –finalmente se inició dicho tratamiento corticoideo, la paciente ya había perdido toda oportunidad de mejoría de su sordera súbita, con todas las consecuencias ya reseñadas”*.

La reclamante cuantifica el importe de la indemnización en 300.000 € y acompaña con su escrito copia de la escritura de poder para pleitos a favor del abogado firmante del escrito, copia de la historia clínica, tanto de su centro de salud como del Hospital Universitario de Fuenlabrada (folios 17 a 61).

SEGUNDO. - Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

La reclamante, nacida en 1976, sin antecedentes personales de interés y en situación de lactancia, tras haber dado a luz en septiembre de 2014, el día 19 de julio de 2016 acudió a su centro de salud por referir desde el día anterior zumbido en el oído izquierdo y, ese mismo día, hipoacusia. Además tenía cierta sensación de inestabilidad. A la exploración se observó otitis externa en ambos oídos y se le prescribió tratamiento con Tobramicina y dándole ciertos consejos, según se anotó en la historia clínica.

El día 24 de julio de 2016 tuvo que acudir al Servicio de Urgencias del Hospital Civil de Málaga. Como motivo de consulta se hizo constar *“otalgia en oído izquierdo de cinco días de evolución que se ha tratado con Tobramicina”*. A la exploración, la paciente presentaba buen estado general (BEG), secreción pultácea y edematización en canal auditivo externo (CAE). No se visualizaba bien la membrana timpánica. No tenía fiebre (36°). Con el diagnóstico de otitis externa fue dada de alta con tratamiento antibiótico durante 7 días.

Dos días después, el 26 de julio de 2016, acudió nuevamente a su centro de Salud, tras no mejorar con el tratamiento y notar una *“disminución importante de audición”*. Se realizó otoscopia que mostró canal auditivo externo permeable, y membrana timpánica opaca por lo que se derivó al Hospital Universitario de Fuenlabrada para ser valorada de sordera súbita del oído izquierdo por un especialista en Otorrinolaringología.

Ese mismo día, 26 de julio, fue valorada por el Servicio de Urgencias. La paciente refería mareo de características de inestabilidad sino giro de objetos relacionándolo con movimientos posturales. No otorrea, ni acúfenos, ni parálisis facial. La otoscopia del oído izquierdo mostró tímpano íntegro sin enrojecimiento ni perforación, *“resto de gotas cristalizadas seco”*. La exploración del oído derecho era normal,

presentaba “*signo del trago negativo*” y dolor a la palpación de la articulación temporomandibular (ATM). Realizada audiometría se observó “*hipoacusia mixta de predominio Ns5 PTA 110 dB6*” en oído izquierdo. Oído derecho: normoacusia. Con el juicio clínico de sordera brusca en oído izquierdo se cursó ingreso con dosis alta de corticoide y se le entregó documento de consentimiento informado para “*tratamiento protocolizado de la sordera súbita*”. La paciente quedó a la espera de cama para ingreso.

Según una anotación realizada por Enfermería a las 18:24 horas del día 26 de julio de 2016 (folio 165), se le entregó “*sacaleches para descongestionar (tira leche por ser incompatible para la lactancia durante tratamiento y posteriores 12 horas tras fin de tratamiento, ya informada por ORL)*”.

La paciente fue dada de alta el día 2 de agosto de 2016. Durante los 7 días de ingreso hospitalario se administró tratamiento con altas dosis de corticoides (CCO). Al no observarse mejoría, se realizó infiltración intratimpánica de corticoide, previa información y firma del documento de consentimiento informado. Se le entregó cita para la segunda infiltración y fue dada de alta.

El día 8 de agosto de 2016 se realizó una segunda infiltración corticoidea en el oído izquierdo y el día 16 de agosto de 2016 la tercera. Durante esta última, la paciente refirió que notaba acufenos y quiso hacer constar que los notaba durante el ingreso.

El día 7 de noviembre de 2016 la reclamante acudió a revisión, no se observaron cambios en la audiometría. Refería haber tenido un episodio de vértigo con giro de objetos y sin pérdida de conocimiento y que le había quedado inestabilidad residual. También se hizo constar que “*el acufeno continua de igual intensidad*”. La paciente estaba pendiente de la realización de una resonancia magnética para la

obtención de imágenes de alta definición anatómica del cerebro y del ángulo ponto cerebeloso (APC) en marzo de 2017.

Fue citada en consulta de Otoneurología, donde fue vista el día 27 de diciembre de 2016, además de referir la sintomatología anterior, la paciente manifestó que no tomaba medicación para el vértigo, hacía ejercicios de reeducación vestibular y podía hacer vida normal. La audiometría del oído izquierdo tuvo como resultado PTA 90 db. La resonancia magnética craneal era normal. Se solicitó videonistagmografía para averiguar si el mareo o vértigo se debía a una enfermedad del oído interno.

Con fecha 20 de febrero de 2017 fue vista nuevamente en consulta de Otoneurología. Se valoró el resultado de la videonistagmografía que se informó: *“buen seguimiento, sacadas normales. Disminución de nistagmus en OP”*. Con el juicio clínico de sordera súbita de oído izquierdo con hipofunción vestibular, apoplejía cócleo-vestibular.

El día 26 de febrero de 2017 tuvo que ser atendida en el Servicio de Urgencias por referir caída desde 3-4 escalones, tras episodio de vértigo.

Consta, igualmente, asistencia en la Unidad de Salud Mental de su centro de salud entre los meses de marzo y junio de 2017 y por el Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario de Fuenlabrada donde, tras la realización de diversas pruebas, se concluyó que no precisaba tratamiento.

Finalmente, el día 24 de mayo de 2017 fue atendida por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Getafe que además del diagnóstico de síndrome de sordera súbita del oído

izquierdo con hipofunción vestibular (apoplejía cócleo vestibular) indicó como juicio clínico síndrome menieriforme.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Con fecha 3 de octubre de 2017 se dio traslado de la reclamación al Servicio Andaluz de Salud y se solicitó la historia clínica de la asistencia prestada por el Hospital Civil de Málaga.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe de 12 de septiembre de 2017 del médico del Centro de Salud Francia, que atendió a la reclamante el día 26 de julio de 2016, sobre la citada asistencia (folio 246).

Asimismo, se ha incorporado un segundo informe del otro médico de Atención Primaria que asistió a la reclamante el día 19 de julio de 2016. Este informe de fecha 20 de diciembre de 2018 (folio 260) refiere los distintos antecedentes de la paciente que fueron tenidos en cuenta al hacer el diagnóstico como posibles causas explicativas *“de forma aislada o concurrente, una o varias, de la aparición de la clínica referida:*

- *Procesos infecciones previos de vías altas no complicados;*
- *La probabilidad de ser odontogénico (muelas del juicio);*
- *Probable alteración de la función de la trompa de Eustaquio por su antecedente de alergia como origen de la sintomatología otológica”.*

El informe añade:

“No encontrando otros hallazgos en la exploración física sugerentes en ese momento de otra patología, y teniendo en cuenta la situación de lactancia materna en ese momento, hago el juicio clínico de otitis externa aguda con afectación por igual de ambos conductos auditivos externos, sin afectación de los tímpanos o de los oídos medios que aconseje tratamiento antibiótico por vía oral.

Tratamiento: por todo lo cual pauto como más oportuno en ese momento terapia local con antibiótico tópico. Como consejos se incluyen por extensión medidas de cuidados generales como evitar mojar oídos, tratamiento sintomático con analgésicos o antiinflamatorios habituales, vigilar evolución observando si aparece empeoramiento, y reconsultar si lo precisa en el Centro de Salud o acudir a Urgencias”.

Con fecha 21 de junio de 2018 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 465 a 470) que, en base al documento elaborado por la Asociación Madrileña de Otorrinolaringología (AMORL) denominado *“Consenso sobre diagnóstico y tratamiento de la sordera súbita”*, señala que se considera diagnóstico precoz de la sordera súbita aquel que ha sido posible antes de 30 días del inicio de los síntomas y que no puede hablarse de un retraso en el tratamiento de la hipoacusia súbita porque se realizó un diagnóstico precoz, lo que facilitó un tratamiento precoz. La médica inspectora concluye que *“no puede afirmarse que se vulnerara la lex artis”*.

Notificado el trámite de audiencia, con fecha 26 de marzo de 2019 el representante de la reclamante formula alegaciones en las que afirma que acudió *“en repetidas ocasiones con carácter urgente a dos Servicios de Urgencias del SERMAS”*, donde no se valoró adecuadamente la sintomatología aguda que ella presentaba; que ninguno de los médicos le realizó ninguna prueba complementaria

(acumetría) para determinar su tipo de hipoacusia; que ninguno de los médicos accedió a derivarla urgentemente al otorrinolaringólogo para su estudio y tratamiento; que ninguno de los médicos siguió las directrices aconsejadas en el protocolo de hipoacusia; que la sordera súbita fue tratada in extremis sin alcanzar respuesta terapéutica; que como resultado de ese episodio de sordera súbita la reclamante padece una hipoacusia neurosensorial profunda en el oído izquierdo; que a causa de la demora en el establecimiento del diagnóstico de la sordera súbita no se pudo iniciar el tratamiento adecuado en el plazo de tiempo idóneo y que las posibilidades de recuperación de la sordera súbita dependen, entre otros factores, de la prontitud en la instauración del tratamiento adecuado, según consenso.

Se ha formulado propuesta de resolución por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria (folios 294 a 297) con fecha 25 de noviembre de 2019 desestimatoria de la reclamación al no haberse demostrado una mala praxis, *“ni nexo causal en sentido jurídico entre la actuación facultativa y el daño reclamado”*.

CUARTO. - Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 3 de diciembre de 2019 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 562/19, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de enero de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 €, por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 23.1 de dicho Reglamento.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, en parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado un centro sanitario de la red asistencia de la Comunidad de Madrid. Ahora bien, la reclamante también reprocha la actuación del Servicio Andaluz de Salud al que pertenece el Hospital Civil de Málaga, donde fue atendida el día 24 de julio de 2016. Sobre la asistencia prestada por dicho centro sanitario, la Comunidad de Madrid carece de legitimación para pronunciarse sobre dicha reclamación.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que la reclamante fue diagnosticada de sordera súbita el día 26 de julio de 2016, por lo que la reclamación presentada el día 12 de julio de 2017 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, esto es, al Centro de Salud Francia, así como a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante, que ha efectuado alegaciones. Por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por la reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que “*es doctrina*

jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que la reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.*

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente 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 sanidad o la salud del paciente”,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010)) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o

soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA. - Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que la reclamante fue diagnosticada de sordera súbita en el oído izquierdo el día 26 de julio de 2016 y que, tras la falta de respuesta al tratamiento con corticoides en dosis masivas, se le procedió a la administración intratimpánica de corticoides que concluyó el día 16 de agosto de 2018, sin que en la audiometría realizada el día 7 de noviembre de 2016, casi tres meses después de finalizado el tratamiento, se observaran cambios.

La reclamante alega que la sordera que padece es consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria prestada por el SERMAS al afirmar que *“acudió en repetidas ocasiones con carácter urgente a dos Servicios de Urgencias del SERMAS (sic), donde no se valoró adecuadamente la sintomatología aguda que ella presentaba”*. Añade que ninguno de los médicos que le atendieron le realizó una prueba acumetría para determinar su tipo de hipoacusia; que ninguno de los médicos accedió a derivarla urgentemente al otorrinolaringólogo para su estudio y tratamiento; que ninguno de los médicos siguió las directrices aconsejadas en el protocolo de hipoacusia; que la sordera súbita fue tratada in extremis sin alcanzar respuesta terapéutica; que como resultado de ese episodio de sordera súbita la reclamante padece una hipoacusia neurosensorial profunda en el oído izquierdo; que a causa de la demora en el establecimiento del diagnóstico de la sordera súbita no se pudo iniciar el tratamiento adecuado en el plazo de tiempo idóneo, lo que le ha supuesto una pérdida de oportunidad.

En primer lugar, debe advertirse que la reclamación reprocha el retraso en el inicio del tratamiento contra la sordera súbita con cuyos síntomas comenzó el día 19 de julio de 2016 y de la que fue diagnosticada el día 26 de julio de 2016, porque el tratamiento de la sordera súbita con corticoides debe ser precoz. La reclamante afirma en su escrito de alegaciones que *“acudió en repetidas ocasiones con carácter urgente a dos Servicios de Urgencias del Servicio Madrileño de Salud, donde no se valoró adecuadamente la sintomatología aguda que ella presentaba”*, lo que no resulta cierto tras el examen de la historia clínica, de donde queda constancia que la reclamante fue atendida por primera vez el día 19 de julio de 2016 por su médico de Atención Primaria y, en una segunda ocasión, el día 26 de julio de 2016, cuando fue derivada, con carácter urgente, al Servicio de Urgencias del Hospital de Fuenlabrada y donde quedó ingresada para iniciar tratamiento contra la sordera súbita, de conformidad con el protocolo de hipoacusia, por lo que esta última asistencia no puede ser considerada como objeto de reproche.

En relación con la asistencia prestada el día 24 de julio de 2016, si bien es cierto que fue prestada por un Servicio de Urgencias, no se trataba de un centro sanitario de la Comunidad de Madrid, sino de la comunidad autónoma andaluza por lo que, como se hemos indicada anteriormente, sobre esta asistencia sanitaria la Comunidad de Madrid carece de legitimación pasiva.

Limitándonos, por tanto, a la asistencia sanitaria prestada en el Centro de Salud Francia el día 19 de julio de 2016, el médico de Atención primaria explica que la reclamante refirió zumbido del oído izquierdo desde la tarde del día anterior y, el día de la consulta, disminución de la audición y cierta sensación de inestabilidad.

Como es sabido, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual:

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio ex post, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

En el presente caso, según el informe del médico de Atención Primaria, en la exploración física se observó otitis externa de ambos oídos, sin otros hallazgos de afectación de los tímpanos o de los oídos medios que aconsejara tratamiento antibiótico por vía oral, prescribiéndose tratamiento antibiótico por vía tópica *“teniendo en cuenta la situación de lactancia materna en ese momento”*. Según explica el médico informante, la aparición de la otitis externa podía obedecer, a la vista de los antecedentes de la paciente, a procesos infecciones previos de vías altas no complicados, probabilidad de ser odontogénico (por las muelas del juicio) o una posible alteración de la función de la trompa de Eustaquio por su antecedente de alergia. Por estas razones, se optó por tratamiento con antibiótico tópico y se le dieron consejos, lo que resulta ajustado a la *lex artis*.

Según el informe de la Inspección Sanitaria, el manejo de la hipoacusia neurosensorial súbita en Atención Primaria, de acuerdo con la literatura médica, exige la remisión al hospital de referencia *“siempre y con carácter de urgencia si la evolución es igual o inferior a 15 días”*, actuación que se cumplió en la asistencia prestada el día 26

de julio, siete días después de que la reclamante observara disminución de la audición y efectuara la primera visita a su centro de salud. El médico inspector distingue entre el diagnóstico efectuado antes de 30 días del inicio de los síntomas, el diagnóstico realizado entre 30 y 90 días (calificado como tardío) y el diagnóstico efectuado transcurridos más de 90 días desde el inicio de los síntomas (diagnóstico muy tardío) e indica un tratamiento diferente para cada uno de estos supuestos. El informe pone de manifiesto que a la reclamante se le administró el tratamiento previsto para el primero de los casos, diagnóstico efectuado antes de 30 días del inicio de los síntomas, por lo que declara que *“no puede considerarse que se produjera un retraso en el tratamiento de la hipoacusia súbita”* y afirma que *“se realizó un diagnóstico precoz, lo que facilitó un tratamiento precoz”*, por lo que concluye que *“no puede afirmarse que se vulnerara la lex artis”*.

Por tanto, habiéndose producido un diagnóstico precoz, no puede afirmarse como alega la reclamante, que haya habido pérdida de oportunidad. Como pone de manifiesto el médico inspector, es muy difícil identificar la causa específica de la sordera súbita porque existen más de 100 posibles causas, por lo que su pronóstico es variable. Así algunos casos se recuperan espontáneamente, otros mejoran lentamente en un período de 1-2 semanas, por lo que esta evolución hace que sea difícil determinar la tasa de recuperación espontánea e, incluso, el 15% de los pacientes experimentan incluso un empeoramiento de la audición el tiempo. Todo ello determina la dificultad del análisis de la efectividad de los diversos tratamientos.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria señala que en los casos sin mejoría espontánea, *“parece que la rapidez en la instauración del tratamiento aumenta la probabilidad de curación”* e indicada que el tratamiento con corticoides es más beneficioso en los

casos de sordera súbita por causas infecciosas, inflamatorias e inmuno-mediadas, pero no en el supuesto de la paciente, en el que parece que la causa fue micovascular, al haberse llegado al diagnóstico de apoplejía cócleo-vestibular. Según el médico inspector, en el caso de esta paciente *“es muy probable que, aunque se le hubiera derivada de manera inmediata, difícilmente hubiera evolucionado de otro modo”*, porque si se produce una anoxia por un mecanismo vascular el potencial de acción coclear se pierde en 60 segundos y esta pérdida es irreversible pasados 30 minutos.

Por tanto, debe concluirse –como señala el médico inspector- que la asistencia prestada a la reclamante fue conforme a la *lex artis*.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la interesada.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 9 de enero de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 2/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid