



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 211/2017

(Sección 2ª)

La Laguna, a 4 de julio de 2017.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en nombre propio y en representación de su hijo, el menor (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 183/2017 IDS)*.*

FUNDAMENTOS

I

El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de dictamen, de 31 de mayo de 2017, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 1 de junio de 2017. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del dictamen, según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC); la cual es aplicable, en virtud de la disposición transitoria tercera, letra a), en relación con la disposición derogatoria 2, a) y la disposición final séptima, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), ya que el presente procedimiento se inició antes de la entrada en vigor de esta última Ley.

* Ponente: Sr. Belda Quintana.

Resulta igualmente aplicable el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, en virtud de lo establecido en la disposición transitoria tercera, a), en relación con la disposición derogatoria 2, d) y la disposición final séptima de la LPACAP.

II

1. Se cumple el requisito del interés legítimo, y, por ende, del derecho a reclamar de (...) y de su hijo (...), al pretender el resarcimiento de un daño que han sufrido en su esfera moral y personal, respectivamente, como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

La reclamación se presenta por la madre del menor, como su representante legal, tal y como se acredita con el libro de familia aportado al expediente.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando como titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

2. Asimismo, se presentó la reclamación dentro del plazo para reclamar establecido en los arts. 142.5 LRJAP-PAC y 4.2 RPAPRP, pues el escrito de reclamación se presentó el 21 de enero de 2014, respecto de un daño que quedó determinado en septiembre de 2013, fecha en la que, tras la intervención quirúrgica realizada al menor, se constató el grado de pérdida de audición por la que se reclama.

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

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio, 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, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

III

El objeto de la reclamación que nos ocupa viene dado, según se desprende del escrito de reclamación, por los siguientes hechos:

«(...) Segundo.- Que mi hijo, desde temprana edad comenzó a sufrir problemas de salud continuos consistentes en catarros y amigdalitis crónicas de repetición así como otitis medias supurativas desde los 2 o 3 años que requirieron controles, valoraciones y tratamientos por el Pediatra de cabecera al que el menor estaba adscrito.

Que dado que el menor aquejaba constantemente dolor de oídos y no oía bien la compareciente solicitó en múltiples ocasiones al Pediatra de cabecera que lo remitiera al especialista correspondiente, habiéndose negado siempre el facultativo a ello pues consideraba que la preocupación de la reclamante era exagerada.

Una vez se remite al menor al Otorrino del HUC (...) indica que el niño no tiene ningún problema, que la otitis que presenta la trata el médico de cabecera, razón por la que mi fallecido esposo presenta una reclamación el 21 de marzo de 2007 solicitando, además, el cambio de facultativo y una segunda opinión sobre las patologías que sufre el menor (...), que fue contestada mediante carta del Gerente del Consorcio Sanitario de Tenerife de fecha 11 de junio de 2007.

No es hasta que el menor cuenta con 7 años y medio de edad que se realiza una valoración completa por el Servicio de ORL (Otorrinolaringología) del HUC referido a una otorrea crónica y fétida por su oído derecho.

(...)

Asimismo, según informe redactado por el Jefe de Servicio ORL (...) la otorrea crónica y fétida presentaba al menos dos años de evolución.

(...)

Tercero.- Finalmente, el 8 de septiembre de 2009 se interviene quirúrgicamente a mi hijo practicándole una timpanomastoidectomía del oído derecho (...) a consecuencia de la cual perdió audición en el oído derecho.

Resulta al menos obvio que, siendo un coleosteato de oído el crecimiento de tejido epitelial que se va acumulando progresivamente y destruyendo el hueso circundante, de haberse intervenido con anterioridad (...) se podría haber evitado la destrucción de las estructuras del oído medio e interno del menor así como la grave pérdida de audición que actualmente sufre.

Que, además el 4 de marzo de 2013 el menor sufre un episodio de sangrado espontáneo por el oído derecho, por el que es atendido por el Servicio de urgencias del HUC,

incluyéndose el mismo en la lista de espera para intervenirlo quirúrgicamente nuevamente, habiéndose repetido mientras una infección esta vez con supurado el 4 de junio de 2013.

Finalmente el menor es intervenido en septiembre de 2013 realizándosele una mastoidotomía abierta más reconstrucción de minicaja por recidiva colesteotomatosas concluyéndose que el paciente presenta en la audiometría una hipoacusia severa en oído derecho, con pérdida de audición en 65 decibelios».

Solicita por los daños sufridos una indemnización que se cuantifica en 97.693,99 euros, desglosada en 78.578,80 € por déficit de agudeza auditiva en 65 decibelios (40 puntos x 1964,47 €), y 19.115,19 € por incapacidad permanente parcial (se aporta al efecto copia de «solicitud» del grado de incapacidad).

IV

1. En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte, no exime a la Administración de resolver expresamente (arts. 42.1 y 7 y 141.3 LRJAP-PAC).

2. Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 20 de febrero de 2014 se identifica el procedimiento y se insta a la reclamante a mejorar su solicitud mediante la aportación de determinada documentación y la proposición de pruebas, en su caso, de lo que recibe notificación el 25 de febrero de 2014, viniendo a cumplimentar el trámite el 28 de febrero de 2014, si bien falta la página 2 de la reclamación. Por ello, el 24 de marzo de 2014 se le requiere para que la aporte, de lo que recibe notificación el 28 de marzo de 2014. Se aporta lo requerido el 7 de abril de 2014, y, nuevamente, el 24 de abril de 2014, por habersele vuelto a requerir.

- Por Resolución de 28 de abril de 2014, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que es notificada el 12 de mayo de 2014.

- Por escrito de 7 de mayo de 2014 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que se emite el 27 de septiembre de 2016, tras haber recabado la documentación necesaria.

- El 29 de septiembre de 2016 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas y se incorporan los informes recabados, y, puesto que obran ya todas las pruebas en el expediente por ser documentales, se

declara concluida la fase probatoria. De ello recibe notificación la reclamante el 5 de octubre de 2016.

- El 29 de septiembre de 2016 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, lo que es notificado a la interesada el 5 de octubre de 2016, y, tras otorgarse poder de representación, *apud acta*, a (...), ésta presenta escrito de alegaciones el 13 de octubre de 2016.

- Tales alegaciones son remitidas al SIP el 17 de octubre de 2016, para que realice informe complementario. Éste se emite el 30 de noviembre de 2016.

- Dada la incorporación del nuevo documento, el 7 de diciembre de 2016 aquél se remite a la interesada a efectos de que realice las alegaciones que estime oportunas, lo que hará el 14 de diciembre de 2016.

- El 10 de febrero de 2017 se emite Propuesta de Resolución por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud desestimatoria de la pretensión de la reclamante, emitiéndose en igual sentido borrador de Resolución por el Director del Servicio Canario de la Salud. La Propuesta de Resolución es elevada a definitiva el 25 de mayo de 2017, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 24 de mayo de 2017.

V

1. La Propuesta de Resolución, como se ha señalado, desestima la pretensión de la reclamante al argumentarse, de conformidad con los informes obrantes en el expediente y la historia clínica del paciente, que la actuación del Servicio Canario de la Salud fue conforme a la *lex artis*, no existiendo relación de causalidad entre los daños por los que se reclama y el funcionamiento del servicio público sanitario.

Ello, se argumenta, adecuadamente, sobre los puntos sobre los que radica la reclamación presentada: la falta de remisión del paciente a especialista en ORL a pesar de la insistencia de sus padres y la ausencia de pruebas y controles adecuados, así como no haberse realizado con anterioridad la intervención quirúrgica indicada, que conllevaron un empeoramiento de la patología del menor con la pérdida de audición que sufre actualmente.

2. A este respecto, con carácter previo al análisis sobre el fondo de este asunto, se ha de recordar, como de forma constante ha resaltado la jurisprudencia (SSTS de 24 de septiembre de 2004, 23 de septiembre de 2009, 29 de junio de 2011 y 11 de

abril de 2014, entre otras muchas), que el criterio fundamental para determinar la existencia o ausencia de responsabilidad del servicio público de salud radica en si sus agentes han actuado con violación o de conformidad con la *lex artis*, puesto que su funcionamiento consiste en proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la Medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana. La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria, ya que, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan solo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo y que se aplican correctamente de acuerdo con el estado de los conocimientos médicos y las circunstancias personales del paciente. El funcionamiento de dicho servicio consiste por tanto en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

3. Teniendo en cuenta lo anterior, este Consejo considera que la Propuesta de Resolución resulta conforme a Derecho, en coherencia con los datos obrantes en el expediente, tal y como en ella se argumenta.

1) Así, por un lado, en relación con la primera afirmación realizada por la reclamante, y que llevó al padre del menor a presentar reclamación el 21 de marzo de 2007, consistente en que el menor debió haber sido atendido desde temprana edad por especialista en otorrinolaringología, y no por el pediatra de cabecera, se ha de señalar lo siguiente:

Tal y como se deriva de la historia clínica del menor, éste ha presentado desde la infancia pluripatología otorrinolaringológica, entre ellas otitis media supurativa de repetición, adenoiditis, tubaritis, etc., patologías que guardan relación con el desarrollo del colesteatoma, como se ha visto posteriormente, que no *a priori*, pero, como se afirma en el informe del SIP, ciertamente las otitis agudas como las que venía padeciendo el niño son patologías de alta prevalencia en la infancia, y no precisan de un especialista en ORL para su diagnóstico y tratamiento, siendo un pediatra de Atención Primaria personal suficientemente cualificado para ello.

En este sentido responde el Gerente del Consorcio Sanitario de Tenerife, el 11 de junio de 2007, a la reclamación ya presentada en marzo de 2007, al informar que, dado el fondo alérgico y catarral que presentaba el paciente, no procedía actuación de ORL sino control por su pediatra de dichos cuadros, por coincidir con cuadro

catarral de oído puesto que incluso la otoscopia realizada fue completamente normal. Se le indicó que podría controlarse por especialista de área.

Hasta este momento no existía indicación de remisión a especialista, sólo procede a partir de que, en el año 2003, al iniciarse los primeros síntomas de otitis media supurada, siendo visto y tratado por su pediatra, éste, ante la repetición del proceso, lo deriva a ORL de Atención Especializada del HUC, en el año 2004. Aquí continúa con controles y seguimientos, realizando pruebas como otoscopia, timpanometría, cultivos de exudado ótico y audiometrías. También se realizan dos TAC en 2007 y 2008, en los que se observa la existencia de un proceso inflamatorio en oído medio y mastoides del lado derecho. La cadena osicular en ambos TAC está conservada

Es decir, que cuando se sospecha otra patología distinta de la otitis media exudativa de repetición, es valorado y estudiado por el Servicio de ORL del HUC donde se interviene, finalmente, de colesteatoma.

En cualquier caso, aun así, como consta en la historia clínica, cuando fue preciso recabar asistencia de especialista en ORL, así se hizo. Consta por ello, en contra de lo afirmado por la reclamante, que en el año 2003 se realizó radiografía de cavum en relación a que el niño respiraba por la boca, tal como además informa el pediatra del Centro de Atención Primaria de Taco el 29 de mayo de 2014.

A partir de 2004 consta:

- El 2 de febrero de 2004 es derivado a ORL de zona (...) por otitis media y adenoiditis recurrente, adjuntando la radiografía de cavum. Se remite a Cirugía en el HUC y sigue controles sucesivos por ORL de zona, en control del 13 de febrero presenta otalgia derecha y se instaura tratamiento antibiótico.

Como el cuadro no mejora, el 23 del mismo mes y año acude a su Pediatra, el cual deriva con carácter urgente al ORL de zona, es valorado el mismo día por el Dr. (...), quien vuelve a instaurar tratamiento antibiótico y revisa el día 9 de marzo de 2004.

- El 10 de marzo de 2004 se realiza adenoidectomía en la Clínica (...) por derivación del SCS. Posteriormente es controlado de forma sucesiva los días 24 de marzo, 23 de septiembre y 8 de noviembre de 2004. En esta última fecha es derivado para amigdalectomía.

- Con fecha 12 de abril de 2006 es intervenido de amigdalectomía y adenoidectomía en Clínica (...), derivado del SCS.

- El día 28 de septiembre de 2006 acude a consulta de Pediatría por otitis media aguda supurada en oído derecho, se instaura tratamiento y se deriva para control por ORL de zona el 23 de octubre de 2006.

- Con fecha 29 de enero de 2008 es derivado a ORL de zona por pérdida de audición. El 31 del mismo mes y año se le dio cita para el Dr. (...), especialista en ORL.

- El 13 de agosto de 2008 acude de nuevo a su pediatra por otitis media supurada de oído derecho, remitiéndose con cita urgente a ORL de zona.

- Con fecha 23 de septiembre de 2009 aporta informe de intervención quirúrgica de colesteatoma efectuada el día 8 del mismo mes y año.

- El día 25 de junio de 2012 acude a consulta de pediatría por secreción en conducto auditivo externo de oído derecho. Se deriva a Urgencias del HUC para su valoración por especialista en ORL, quien instauró tratamiento y citó para control posterior.

- El 4 de marzo de 2013 acude a Pediatría por presentar sangrado espontáneo por conducto auditivo externo de oído derecho. Se deriva a urgencias del HUC.

- Con fecha 24 de septiembre de 2013 acude presentando informe de intervención quirúrgica de recidiva de colesteatoma de oído derecho realizada el día 19 del mismo mes y año.

Por todo lo expuesto, puede comprobarse que el menor fue tratado por el especialista, en pediatría y en otorrinolaringología, que precisaba en cada momento la patología que presentaba. Así, el paciente sufrió repetidos episodios de dolor de oídos e hipoacusia que fueron diagnosticados y tratados como Otitis Aguda Media Supurada, tanto por su Pediatra de Atención Primaria como por el Servicio de ORL del HUC, donde fue visto en repetidas ocasiones remitido por su pediatra de modo urgente, como también programado por su propio Servicio de ORL. Queda demostrado por la documentación aportada que el paciente fue debidamente controlado, valorado y tratado, tanto por su pediatra de AP por otitis medias de repetición como por el Servicio de ORL del HUC cuando estas otitis fueron recidivantes o complicadas.

2) Por otro lado, y derivado de lo anterior, igualmente, no puede sostenerse, en contra de lo afirmado por la reclamante, que el menor no fuera sometido en todo momento a la realización de pruebas y controles pertinentes, que se adecuaron en todo momento a la sintomatología del paciente, derivando de ello la madre que el colesteatoma pudo haberse detectado con anterioridad de manera que se instaurara el tratamiento correspondiente.

En tal sentido, ante todo, se explica por el SIP, en su informe complementario de 30 de noviembre de 2016, que, si bien el resultado del proceso de las patologías del menor fue un colesteatoma, lo cierto es que se trata de un proceso evolutivo, y recurrente, en el que intervienen factores de índole personal.

No se debió ni en su origen ni en su recidiva a la falta de atención médica y de puesta a disposición del paciente de todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles, según los síntomas que presentaba en cada momento.

Así, amén de las atenciones ya expresadas anteriormente, ha de transcribirse lo señalado en la Propuesta de Resolución, en orden a acreditar este extremo:

«Antes de los 7 años y medio de edad, el niño fue visto y valorado, realizando exploraciones completas, con intervención quirúrgica de adenoidectomía y amigdalectomía. Estos procesos están encaminados a favorecer la ventilación del oído medio a través de la trompa de Eustaquio (folio nº 491 del EA).

Respecto a la falta de atención médica en relación con la recidiva e intervención de colesteatoma en el año 2013, el SIP expone que según consta en historial médico, en TAC del día 16 de marzo de 2007 se observa cadena osicular conservada. En TAC de 14 de noviembre de 2008 sigue observándose la ausencia de afectación de la cadena osicular.

En Informe del Jefe de Servicio de ORL de fecha 1 de noviembre de 2011 consta que audiométricamente presenta una audición normal en su oído izquierdo y una hipoacusia con marcado componente transmisivo en oído derecho con pérdida media de 65 decibelios.

Se le repiten sucesivas audiometrías el día 4 de mayo de 2009, 10 de junio de 2010, 20 de diciembre de 2013 y el 29 de marzo de 2016.

La audiometría no es una prueba estática, e influye el calibrado del aparato y las condiciones del paciente el día que se realiza.

Con fecha 25 de junio de 2012 acude a consulta de pediatría por secreción en conducto auditivo externo de oído derecho. Se deriva a Urgencias del HUC para su valoración por especialista en ORL, quien instauró tratamiento y citó para control posterior.

El diagnóstico del colesteatoma es clínico por visualización directa a través del tímpano. Tras las revisiones ya expuestas de fechas 15 de octubre y 18 de noviembre de 2009 y 21 de enero de 2010, no se consideró necesaria la realización de más pruebas complementarias además de la exploración ORL del oído afectado.

El siguiente paso en el diagnóstico de colesteatoma es la inspección del oído externo y medio mediante Otoscopia, para poder revisar el conducto y el tímpano, en algunos casos el colesteatoma puede diagnosticarse sólo con este paso, pero en otros la entrada de la bolsa de retracción puede ser muy pequeña o estar tapada por una costra. La audiometría permite medir la pérdida de audición real y la capacidad auditiva del oído interno, en un colesteatoma la audición real está limitada, pero la capacidad de audición de ese oído puede ser normal (folio nº 495 del EA).

Se realiza nuevo TAC con fecha 5 de abril de 2013 de ambos peñascos y se observa densidad de partes blandas que ocupa el oído medio así como la mastoides derecha con erosión en relación con el diagnóstico previo.

Esto confirma que sí se prestó asistencia médica y se le realizaron pruebas de control tanto en ese como en todo el proceso que tuvo el paciente.

El SIP concluye con que el paciente fue visto e historiado, tuvo seguimiento con las exploraciones ORL pertinentes, audiometrías y TAC, realizando los procedimientos adecuados para mejorar la ventilación del oído medio.

Es visto por varios especialistas y sometido a diversas exploraciones y cirugías.

Se hicieron hasta tres pruebas de imagen con sus informes en los que los dos primeros no constatan colesteatoma (se observa proceso inflamatorio y ausencia de lesiones óseas y de cadena osicular). Se han realizado las pruebas encaminadas al diagnóstico definitivo».

Resulta, además, adecuado traer aquí el contenido de parte de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, de 26 de octubre de 2012, citada por la Propuesta de Resolución por referirse a un caso similar al que nos ocupa:

«(...) pese a los tratamientos efectuados, tanto médicos (antibióticos locales y generales) como quirúrgicos (drenajes transtimpánicos), no se produjo el resultado esperado, como consecuencia de la propia evolución de su dolencia. En el mismo sentido, el informe que emiten el Jefe del Servicio de otorrinolaringología del HGU de Alicante y el del facultativo especialista en otorrinolaringología, Dr. (...), que es concluyente en el sentido de que en todo momento el paciente fue tratado correctamente, y que la aparición del colesteatoma se debió a la evolución normal de las infecciones crónicas del oído, y no fue consecuencia de una falta de diagnóstico o de un tratamiento inadecuado. (...) Concluye que la otitis media crónica con colesteatoma no es la consecuencia inexorable de un mal tratamiento de las otitis medias previas, sino que su aparición depende de las circunstancias

del paciente, estando desvinculada del tratamiento, y la única opción es su extirpación quirúrgica completa; que en la consulta ORL se sospechó la existencia del colesteatoma y se solicitó una TC en la que aparece claramente tal colesteatoma en su oído; finalmente, sus secuelas de pérdida de audición no son consecuencia de un tratamiento médico deficiente o inadecuado, sino que obedecen a la evolución inexorable de las otitis medias crónicas en los pacientes que las padecen en su edad temprana, siendo la pérdida de audición que padece de tipo transmisivo y de grado medio, que es lo normal en la evolución de un colesteatoma, y aunque en el año 2001, fecha de su primera visita, se hubiera llegado al diagnóstico, la evolución de su audición habría sido la misma».

3) Una vez constatado que la atención dispensada al menor fue correcta, adecuándose en cada momento a los requerimientos de sus patologías, tanto en cuanto al especialista a intervenir como en las pruebas y tratamientos a instaurar, resta señalar que la hipoacusia que padece el menor es consecuencia de sus propias patologías óticas, y no del funcionamiento anormal del Servicio asistencial.

Además, en contra de lo alegado por la reclamante, en todo caso, consta en el consentimiento informado de la intervención de colesteatoma de 2009 como uno de los riesgos inherentes a la intervención, la pérdida de audición, así como la propia recidiva del colesteatoma, lo que ocurrió y determinó una nueva intervención en 2013 por la misma causa, y, por ende, con iguales riesgos. Ello está rubricado por la propia reclamante.

De todo ello no cabe más que concluir que el daño por el que se reclama no resulta imputable a la asistencia sanitaria prestada al menor, sino a sus propias patologías y naturaleza, por más que haya intervenido la medicina, actividad de medios y no de resultados, en orden a lograr la curación del paciente. Tal es así que, como afirma el informe complementario del SIP, en este caso, el objetivo principal de la cirugía de colesteatoma es su eliminación, por tratarse de un proceso expansivo que puede destruir el hueso produciendo complicaciones intracraneales tales como meningitis, infecciones cerebrales, parálisis facial incluso la muerte del paciente. Por ello, el objetivo prioritario es salvar la vida del paciente, siendo la hipoacusia una secuela secundaria del proceso evolutivo del colesteatoma, que con frecuencia se produce de manera inevitable y que el paciente está obligado a soportar.

Consecuentemente, en el presente se ha acreditado la conformidad a la *lex artis* en el funcionamiento de la asistencia que le fue prestada al menor (...), por lo que procede desestimar la reclamación presentada.

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por (...) en nombre propio y en representación de su hijo, el menor (...), resulta conforme a Derecho.