



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 256/2022

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 21 de junio de 2022.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 210/2022 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 9 de enero de 2020 a instancia de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en el Servicio Canario de la Salud.

2. La interesada cuantifica la indemnización reclamada en más de 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

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

* Ponente: Sra. de Haro Brito.

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

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

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

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

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

6. Este Consejo ya tuvo oportunidad de pronunciarse sobre este procedimiento en el Dictamen 140/2022, de 8 de abril, en el que se solicitaba que, por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), se emitiera informe complementario a efectos de determinar la prescripción de la acción de reclamación de responsabilidad patrimonial.

II

1. Recordemos que la sucesión de hechos, según la reclamante, fue la siguiente:

Con fecha 14 de septiembre de 2018, la interesada fue intervenida en la Clínica (...), centro privado, que concertó el Servicio Canario de la Salud para la extracción de un cordal izquierdo. Transcurridas 24 horas la interesada se vio obligada a acudir a urgencias los días 15 y 16 de septiembre por fuertes dolores en la zona mandibular izquierda al centro de salud de Tamaraceite. En las dos visitas no se realizó ninguna prueba pautando analgesia y remitiéndola a la Clínica (...) para ser valorada nuevamente.

La reclamante acude a la Clínica (...) el 17 de septiembre siendo atendida por el facultativo que realizó la intervención, el cual no practica prueba o exploración alguna.

Con fecha 2 de noviembre de 2018 ante la persistencia del dolor el facultativo decide realizar una radiografía, siendo remitida a urgencias del Hospital Dr. Negrín donde es diagnosticada de fractura de mandíbula de la que es intervenida con fecha 16 de noviembre de 2018 y con fecha 18 de julio de 2019 para la extracción de la prótesis de metal insertada en la mandíbula izquierda en la primera intervención. A la fecha de la reclamación todavía no había sido dada de alta.

A consecuencia de la negligencia grave profesional de los facultativos de la Clínica (...), en concreto (...), resultó lesionada.

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

- Paciente mujer, fecha de nacimiento 23.07.93, con antecedentes de Neumonectomía izquierda en 1917 por malformación del árbol bronquial, así como Conectivopatía indiferenciada.

En situación de incapacidad temporal para el trabajo desde el 4 de enero de 2018 por patología respiratoria.

El 13 de marzo de 2018 se incluye en lista de espera para extracción de cordal, tercer molar inferior izquierdo, pieza 38, que en programa de listas de espera es derivada a centro concertado Clínica (...).

- Es atendida el 14 de septiembre de 2018 en la Clínica (...). Consta suscrito documento de consentimiento informado. No constan incidencias durante la extracción.

Se pauta tratamiento antiinflamatorio y analgésico.

- El sábado 15.09.18 a las 23:43 h y once horas después, el domingo 16.09.18 a las 09:53 h acude a distintos centros de salud, Tamaraceite y Barrio Atlántico respectivamente, por dolor tras la extracción.

Se administró tratamiento con corticoides (metil prednisolona no es un calmante como refieren), que tienen un potente efecto inhibitor de la inflamación, y son utilizados para disminuir las molestias inflamatorias de la exodoncia quirúrgica del tercer molar, recomendando seguir las indicaciones del especialista.

En la extracción de terceros molares se pueden producir alteraciones propias del acto médico como inflamación y dolor, que podemos considerar normales en los primeros días postextracción.

- El lunes 17.09.18, es valorada en la Clínica (...) por el Dr. (...), a la exploración se determina que presenta las características propias del cuadro de extracción de cordales. Se le explica que si persisten las molestias acuda el miércoles o el viernes de esa semana.

Ya se ha indicado que es normal la inflamación postoperatoria, que suele ser máxima a las 48-72 horas del procedimiento. Es decir, habitualmente, el paciente presentará la cara hinchada, la capacidad para abrir la boca disminuida y dolor postoperatorio variable en función de la tolerancia de cada paciente. Estas molestias deben mejorar al cabo de tres o cuatro días.

- La reclamante no acude a consulta del Dr. (...) según le fue recomendado y tampoco manifiesta síntoma alguno a su médico de atención primaria en sucesivas visitas.

- No es hasta el 2 de noviembre de 2018, un mes y medio después, cuando consulta con el Dr. (...) por presentar: « (...) *Hace dos días tumefacción en región de ángulo izquierdo súbita (...)* ». Se realizan Ortopantomografía (OPG) y TAC que revelan la presencia de fractura en ángulo mandibular izquierdo. Es derivada al HUGCDN.

- Siendo una complicación descrita la fractura del ángulo mandibular en las extracciones de tercer molar, estas fracturas pueden suceder durante el procedimiento y/o en periodo postoperatorio. Es posible la aparición tardía de fractura del ángulo mandibular, esto es, la fractura se produce incluso por la masticación hasta varias semanas después de la cirugía por la debilidad ósea ocasionada porque el tejido conectivo está sustituyendo al tejido de granulación en el alveolo postextracción.

No hay que olvidar que entre los antecedentes de esta paciente figuran datos de Conectivopatía indiferenciada en seguimiento por el Servicio de Reumatología.

- El mismo día 02.11.18, aproximadamente a las 16:23 h ingresa en el HUGCDN. Con fecha 05.11.18 y bajo anestesia local se realiza fijación intermaxilar elástica. El postoperatorio inmediato es favorable, por lo que es dada de alta hospitalaria el 9 de noviembre de 2018, pendiente de cirugía definitiva.

Las fracturas de mandíbula precisan normalmente de una fijación intermaxilar temporal para ajustar la oclusión antes de fijar la fractura. El bloqueo intermaxilar como único tratamiento no asegura la reducción anatómica del foco de fractura al situarse distal a los molares y al estar la rama mandibular sometida a la acción de fuertes músculos masticatorios

- El 15.11.18 ingresa de forma programada en el HUGCDN para la realización de reducción de la fractura de ángulo mandibular izquierdo y osteosíntesis intraoral (colocación de placa 2.0). El postoperatorio inmediato es favorable, por lo que es dada de alta hospitalaria el 16.11.18

- En sucesivas revisiones se valora la conveniencia de proceder a retirada de la placa de osteosíntesis por exposición de 3-4 mm del material. Una vez consolidada la fractura, el 17.07.19 se realiza la extracción del material de osteosíntesis. Causa alta hospitalaria al día siguiente.

En consulta de 02.09.19, se aprecia buen aspecto de la herida quirúrgica y revisión en 4 meses.

C O N S I D E R A C I O N E S

- La extracción quirúrgica de los terceros molares produce casi siempre un cuadro inflamatorio, que puede generar una sensación de discomfort. A pesar del tratamiento con AINES o corticoides, administrado pre, intra o postquirúrgicamente, el proceso inflamatorio aparece en la gran mayoría de postoperatorios inmediatos. La manipulación de los tejidos blandos orales y periorales, el despegamiento del colgajo y el traumatismo óseo inherente al procedimiento, son los responsables de la inflamación que, en condiciones normales, se intensifica presentando un pico a las 72 horas. A partir de aquí comienza a remitir, y decrece durante otras 48 o 72 más.

- La fractura inmediata o tardía de la mandíbula es una complicación rara pero importante. Se produce cuando el hueso no es lo suficientemente fuerte para resistir las fuerzas que actúan sobre él. La disminución de la resistencia ósea puede deberse a atrofia fisiológica, osteoporosis o procesos patológicos, o puede ser secundaria a la intervención quirúrgica.

La mayoría de las fracturas tardías se producen durante la masticación más de tres semanas tras la extracción ya que durante este periodo, el tejido de granulación es reemplazado en el alveolo por tejido conectivo presentado una mayor fragilidad ósea.

CONCLUSIONES

1.- La reclamante sufre fractura tardía de ángulo mandibular izquierdo en relación con la extracción del tercer molar inferior izquierdo (pieza 38).

2.- Dicho riesgo existía y así fue informada suscribiendo el correspondiente documento de Consentimiento informado.

3.- La sintomatología presentada en las primeras 72 horas se correspondía exactamente con el periodo post-extracción del tercer molar inferior izquierdo y así le fue indicado en las consultas.

No existía causa que motivara otra actuación, sería tanto como empezar a pedir pruebas diagnósticas de todas las posibles complicaciones descritas que pueden ocasionar dolor e inflamación: infecciosas, celulitis con analíticas, lesiones de nervios, fracturas de distintas regiones con radiografías en distintas proyecciones (OPG, oclusal, posteroanterior, (...), etc.

4.- De persistir las molestias le fue indicado que acudiera a consulta, sin embargo no solicita atención hasta 45 días después, lo que permite concluir que se trató de fractura tardía inducida por la debilidad fisiológica que se genera en el proceso de reconstrucción del alveolo dental.

5.- Diagnosticada la fractura, se somete al tratamiento necesario alcanzando la consolidación ósea de dicha fractura.

6.- Se emite informe desfavorable.

4. En el Informe solicitado por el Dictamen emitido con anterioridad por este Organismo y ya señalado anteriormente, sobre la posible prescripción del derecho a reclamar, el SIP informa que las fechas relevantes son:

«14.09.18: Extracción pieza 38

02.11.18: Diagnóstico: Fractura tardía ángulo mandibular

05.11.18: Primer procedimiento. Fijación intermaxilar.

15.11.18: Segundo procedimiento. Intervención quirúrgica para osteosíntesis con placa.

17.07.19: Tercer procedimiento. Intervención quirúrgica para retirar material de osteosíntesis expuesto.

09.01.20: Fecha de la reclamación.

- *El plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.*

El daño que se genera tras la extracción dental es la fractura de mandíbula y la secuela es el material de osteosíntesis.

La fractura de mandíbula se consideró consolidada, según Ortopantomografía realizada, el 29.04.19.

Sin embargo, por exposición en cavidad oral del material de osteosíntesis colocado en la cirugía de fractura de mandíbula el 15.11.18, en revisión por Cirugía Maxilofacial de 30.04.19 es incluida en lista de espera para retirar dicho material, hecho que no se produce hasta el 17 de julio de 2019.

- *Por lo expuesto se evidencia que durante dicho periodo y hasta ese momento no podía estimarse consolidada la lesión a efectos prescriptivos.*

En cualquier caso, sea la fecha de consolidación de la fractura 29.04.19, o la fecha de la retirada del material de osteosíntesis 17.07.19, no consideramos que exista prescripción».

5. Con fecha 25 de enero de 2021, el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo N.º 2 de Las Palmas de Gran Canaria ordena la remisión del expediente administrativo, por haberse interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación.

6. En período probatorio, se acuerda incorporar la documental aportada por el reclamante y la práctica de la prueba testifical del Dr. (...) que no llega a realizarse por la incomparecencia de la parte reclamante, interesada en su práctica. El centro concertado Clínica (...) no formula proposición de prueba.

Por la Administración se propone la prueba documental detallada en el citado acuerdo.

7. Ultimada la instrucción del procedimiento, se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada quien no formula alegaciones. El centro concertado Clínica (...) tampoco formula alegaciones.

8. La Propuesta de Resolución, informada favorablemente por la Asesoría jurídica Departamental, descarta la prescripción y mantiene la desestimación de la reclamación formulada por la interesada al entender que no concurren los requisitos

legalmente exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

1. Antes de entrar en el fondo de la cuestión planteada hemos de pronunciarnos acerca del derecho a reclamar que, de acuerdo con el art. 67.1 LPACAP, se ha de ejercer dentro del año de haberse producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, si bien, conforme dispone el propio precepto, en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

Como hemos expuesto en distintas ocasiones, es preciso recordar que la Sentencia del Tribunal Supremo de 18 de enero de 2008, entre otras, dispuso:

« (...) La acción de responsabilidad patrimonial de la Administración debe ejercitarse, por exigencia de lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 142 y 4.2, respectivamente, de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y del Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, en el plazo de un año computado a partir de que se produzca el hecho o acto lesivo que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Ello es una consecuencia de la adaptación de la regla general de prescripción de la acción de responsabilidad del artículo 1.902 del Código Civil que ha de computarse, conforme al principio de la "actio nata" recogido en el artículo 1.969 de dicho texto legal, desde el momento en que la acción pudo efectivamente ejercitarse (...)

Por lo tanto el "dies a quo" para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto (Sentencia de 31 de octubre de 2000) o, en otros términos "aquel en que se objetivan las lesiones o los daños con el alcance definitivo" (STS de 14 de febrero de 2006)".

Esa jurisprudencia consolida el criterio de que el plazo de prescripción no comienza a computarse, según el principio de la actio nata, sino a partir del momento en que la determinación de los daños es posible, y esta circunstancia sólo se perfecciona cuando se tiene cabal conocimiento del daño y, en general, de los elementos de orden fáctico y jurídico cuyo conocimiento es necesario para el ejercicio de la acción».

Por su parte, las Sentencias de 18 de enero y 1 de diciembre de 2008 y 14 de julio de 2009, distinguen entre daños continuados, que como tales no permiten conocer aún los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el *dies a quo* será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que

aluden a lesiones irreversibles e incurables aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

Esta línea jurisprudencial ha sido de nuevo ratificada en STS n.º 588/2018, de 11 de abril de 2018, en el recurso de casación para unificación de doctrina, procedimiento n.º 77/2016, en la que el Alto Tribunal ha reiterado lo siguiente:

« (...) A fin de contextualizar debidamente el debate suscitado sobre la prescripción de la acción, procede reseñar la doctrina jurisprudencial sobre la materia, tal y como recoge, por citar una de las más recientes, la sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 (Recurso n.º 2099/2013, Ponente (...), Roj STS 2135/2015, FJ 2º), en la que se expresa lo siguiente:

“Cuando la sentencia recurrida aborda la cuestión de la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial cita con acierto la consolidada y reiterada doctrina jurisprudencial sobre la aplicación del principio de la actio nata, a cuyo tenor, en lo que ahora interesa, el dies a quo del plazo prescriptorio ha de situarse en la fecha en que se ha determinado el alcance de las secuelas, como se sigue del artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, momento en el que se entiende que el afectado tiene pleno conocimiento de las condiciones fácticas y jurídicas que pueden justificar una reclamación de esta naturaleza.

Ciertamente, la jurisprudencia de esta Sala (por todas, sentencia de 26 de febrero de 2013, dictada en el recurso de casación núm. 367/2011) distingue, en supuestos como el que nos ocupa, entre daños continuados, que no permiten conocer en el momento en que se producen los efectos definitivos de una lesión y en los que, por tanto, el dies a quo será aquél en que ese conocimiento se alcance; y daños permanentes, que aluden a lesiones irreversibles e incurables, aunque no intratables, cuyas secuelas resultan previsibles en su evolución y en su determinación, siendo por tanto cuantificables, por lo que los tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores o encaminados a obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

(...)

Lo relevante, con independencia de la terminología, es determinar el momento en el que las manifestaciones esenciales de la enfermedad y las secuelas que ésta indefectiblemente acarrea pueden reputarse como efectivamente constatadas, de modo que

los afectados puedan ya ejercitar su derecho a reclamar al considerarse completados los elementos fácticos y jurídicos que permiten deducir la acción».

2. En el presente caso, preguntado al SIP sobre el momento en que se producen los efectos definitivos de la lesión y en los que, por tanto, se puede determinar el dies a quo en que ese conocimiento se alcanzó el alcance de las secuelas, informa que *«sea la fecha de consolidación de la fractura 29.04.19, o la fecha de la retirada del material de osteosíntesis 17.07.19, no consideramos que exista prescripción».*

Sin embargo, no es esa la cuestión. Lo relevante, como afirma la jurisprudencia transcrita, es determinar el momento en el que las manifestaciones esenciales de la enfermedad, y las secuelas que ésta indefectiblemente acarrea, pueden reputarse como efectivamente constatadas, de modo que los afectados puedan ya ejercitar su derecho a reclamar al considerarse completados los elementos fácticos y jurídicos que permiten deducir la acción.

En el presente caso lo relevante no es cuándo se podía considerar consolidada la fractura de mandíbula -porque era evidente que iban a sanar en el tiempo estándar, como así sucedió-, si no cuándo la interesada conocía los elementos esenciales (fácticos y jurídicos) de su lesión (y sus secuelas) para poder reclamar.

En opinión de este Consejo, tal circunstancia pudo entenderse producido el 15 de noviembre de 2018, con ocasión del segundo procedimiento, cuando se realizó la intervención quirúrgica para osteosíntesis con placa, por cuanto en ese momento ya la interesada tiene cabal conocimiento del daño y su alcance, es decir, sabía la existencia de fractura la mandíbula y que, una vez reparada, ya podía reclamar.

Ello sería suficiente para desestimar la reclamación, pero en la medida en que la Administración sitúa tal momento con posterioridad y que la interesada no ha conocido, ni, en consecuencia, ha podido ejercer su derecho de defensa, la posible prescripción de la reclamación, este Consejo entrará a conocer del fondo de la cuestión.

III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 64/2020, de 18 de febrero), según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño

alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. También hemos dichos en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 57/2020, de 18 de febrero) que el Tribunal Supremo viene afirmando que en el ámbito de la sanidad, Sentencia, de 28 de marzo de 2007, *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*.

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que*

deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

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

«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.

Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

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

3. En el presente procedimiento, la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que durante los 3 días posteriores a la extracción de un cordal no se le realizó ninguna prueba para determinar la fractura de mandíbula que se objetivó en la radiografía realizada el 2 de noviembre de 2018 ante la persistencia del dolor el facultativo decide realizar una radiografía, siendo remitida a urgencias del Hospital Dr. Negrín donde es diagnosticada de fractura de mandíbula de la que es intervenida con fecha 16 de noviembre de 2018. Sin embargo, la interesada, al no aportar medio probatorio alguno, no ha acreditado la relación causal entre la actuación del SCS y el daño alegado, elemento necesario para que surja la responsabilidad de la Administración.

4. No obstante lo anterior, de la documentación clínica y de otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que, según informa el SIP, la fractura del ángulo mandibular en las extracciones de tercer molar, padecida por la reclamante, es una complicación descrita y pueden suceder durante el procedimiento y/o en periodo postoperatorio. Es posible la aparición tardía de fractura del ángulo mandibular, esto es, la fractura se produce incluso por la masticación hasta varias

semanas después de la cirugía por la debilidad ósea ocasionada porque el tejido conectivo está sustituyendo al tejido de granulación en el alveolo postextracción.

No hay que olvidar que entre los antecedentes de esta paciente figuran datos de Conectivopatía indiferenciada en seguimiento por el Servicio de Reumatología.

La fractura mandibular es un riesgo que existía y así fue informada suscribiendo el correspondiente documento de Consentimiento informado.

La sintomatología presentada en las primeras 72 horas se correspondía exactamente con el periodo post-extracción del tercer molar inferior izquierdo y así le fue indicado en las consultas, por lo que no existía causa que motivara otra actuación. Cuando se detectó la fractura, 45 días después de la extracción, se somete al tratamiento necesario alcanzando la consolidación ósea de dicha fractura.

En definitiva, durante todo el proceso se realizaron las actuaciones que la patología venía exigiendo de forma adecuada, de acuerdo, por tanto, a la *lex artis ad hoc*.

Este Consejo, a la vista de lo obrado en el expediente, en el que no existe material probatoria en contrario, entiende que la asistencia prestada ha sido en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, según la jurisprudencia aludida anteriormente, ya que se realizó la técnica adecuadamente, siendo la fractura de mandíbula una consecuencia contenida en el documento de Consentimiento informado; esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis*, rompen el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial es conforme a Derecho.