



Sr. S. de Vega, Presidente

Sr. Ramos Antón, Consejero y  
ponente

Sra. Ares González, Consejera

Sr. Herrera Campo, Consejero

Sr. Píriz Urueña, Secretario

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 28 de julio de 2022, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN 389/2022**

### **I ANTECEDENTES DE HECHO**

El día 1 de julio de 2022 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

Examinada la solicitud y admitida a trámite el 8 de julio de 2022, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 389/2022, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Ramos Antón.

**Primero.-** Dña. yyyy fue valorada el 19 de enero de 2009, a los 16 años de edad, en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, derivada por su Médico de Atención Primaria, por exodoncia debida a inclusión dental a nivel de cordales inferiores. En aquel momento estaba en tratamiento con ortodoncia y presentaba mordida abierta anterior de aproximadamente 4-5 mm, apiñamiento dentario y persistencia del 75. Analizado el caso, se constató que existían gérmenes dentales próximos al



nervio alveolar y que, en ese momento, no estaba justificada la exodoncia de los cordales. Por este motivo la paciente continuó con la ortodoncia.

El 9 de febrero de 2011 la interesada acudió a consulta por dolores a temporadas de -8/-8 (cordales inferiores), cada vez más intensos, destacando en la exploración agenesia de 3.5 y persistencia de T8, sin visualizar cordales erupcionados. Se pautó avulsión y se formalizó consentimiento informado para exodoncia quirúrgica de terceros molares incluidos, constandingo como motivo de la cirugía dolores de repetición cada vez más frecuentes y como riesgos personalizados: "cordales situados en rama ascendente y muy relacionados con conducto nervio dentario. Se explica la posibilidad de lesión del mismo".

El 30 de enero de 2012 se realizó la citada avulsión. La paciente recibió el alta hospitalaria el mismo día.

En consulta de seguimiento de 28 de octubre de 2015 se determinó la finalización del tratamiento de ortodoncia y se otorgó consentimiento informado para cirugía ortognática o de las deformidades dentofaciales. Se programó la cirugía para el 18 de enero de 2016.

En la expresada fecha se realizó la intervención y la paciente fue dada de alta el 21 de enero de 2016 con diagnóstico de deformidad dentofacial tipo clase II con mordida abierta y disfunción temporomandibular bilateral, con pauta de tratamiento antibiótico, analgésico e higiene oral.

En la consulta de revisión de 6 abril de 2016 la paciente presentaba máxima apertura oral de 39 mm, no existía desviación lateral y comía por el espacio existente entre los dientes laterales y caninos, ajustando oclusión de malares.

Posteriormente, en consulta de 28 de septiembre de 2016 se observó una placa de osteosíntesis expuesta en el lado izquierdo, con máxima apertura oral de 40 mm y la misma oclusión.

El 14 de noviembre de 2016 la paciente fue intervenida por intolerancia a material de osteosíntesis que le provocaba molestias ocasionales y dolor a la presión en la zona. Se realizó retirada de placa submucosa de avance mandibular izquierda de la cirugía ortognática previa por abordaje intraoral con sedación y anestesia local. La interesada recibió el alta el 15 de noviembre de 2016.



En informe de Medicina Nuclear de 25 de septiembre de 2017 de la tomografía (SPECT-TAC) se visualizó un incremento de captación del trazador a nivel del cóndilo izquierdo, sugerente de proceso inflamatorio en zona quirúrgica.

El 9 de enero de 2018 el Servicio de Atención al Usuario del Complejo Asistencial Universitario de xxxx remitió a la paciente el informe sobre su proceso para continuación en otra comunidad autónoma del tratamiento quirúrgico ofrecido en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx. La paciente no volvió a revisión en el Servicio de Cirugía Maxilofacial.

El 20 de febrero de 2018 se realizó informe del SPECT óseo en un centro privado que detectó un aumento de captación del radiofármaco en cóndilo mandibular izquierdo y de menor intensidad en el derecho en relación con la actividad osteogénica que podía traducir fenómenos de reabsorción condilar. Se recomienda realizar TC de alta resolución.

El 11 de enero de 2019 se emitió informe del citado centro privado para estudio del cóndilo mandibular.

Finalmente, la paciente fue intervenida en el centro privado hhhh, donde se sometió a una cirugía ortognática bimaxilar por recidiva de maloclusión con disfunción temporomandibular.

El 13 de marzo de 2019 la interesada fue dada de alta.

**Segundo.-** El 19 de agosto de 2019 Dña. yyyy presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio de Atención al paciente del Complejo Asistencial Universitario de xxxx por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del citado centro hospitalario.

La reclamante, tras requerimiento de subsanación por la Administración, considera que existe relación de causalidad entre la deficiente asistencia sanitaria recibida en el expresado centro hospitalario y las complicaciones y recidiva de maloclusión con disfunción temporomandibular que padeció. Esta situación motivó que tuviera que acudir a un centro sanitario privado donde fue sometida a una cirugía ortognática bimaxilar.



Incorpora a su reclamación diferentes informes médicos del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, informes médicos del centro médico privado hhhh y facturas de gastos sanitarios.

Fija el importe de la indemnización reclamada en 13.500 euros por la intervención quirúrgica realizada en el citado centro médico privado (10.500 euros) y por los gastos de hospitalización y honorarios del anestesista (3.000 euros).

Finalmente, la interesada manifiesta que está a la espera de recibir informe pericial pero no consta en el expediente la aportación del mismo.

**Tercero.-** Además de la historia clínica de la reclamante, al expediente se incorporan informes del jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, de 9 de enero de 2018 y 22 de agosto de 2019, y un informe emitido por la médica inspectora de la Gerencia de Salud de Área de xxxx el 30 de junio de 2020.

**Cuarto.-** Concedido trámite de audiencia, la reclamante no presenta alegaciones.

**Quinto.-** El 20 de junio de 2022 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

**Sexto.-** El 24 de junio de 2022 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente dicha propuesta.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## **II CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.i), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6



de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en el título IV, "De las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común", de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), con las especialidades que se recogen en relación con los procedimientos de responsabilidad patrimonial.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (19 de agosto de 2019) hasta que se formula la propuesta de orden desestimatoria de la Consejería de Sanidad (20 de junio de 2022). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder, en su caso, mediante la oportuna resolución.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 20.1 y 29 de la LPAC.

Por otra parte, no consta en el expediente que se haya concedido trámite de audiencia a la aseguradora de la Administración ni se ha aportado dictamen pericial de la citada aseguradora (informe que suele ser habitual en este tipo de expedientes).



**3ª.-** Concurren en la reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la LPAC. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 67.1 de la LPAC.

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, a la que se remite, de forma genérica, el artículo 81 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos: a) daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) antijuridicidad del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley; c) imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño; d) relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, esto es, que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público; e) ausencia de fuerza mayor. Asimismo, se exige que la reclamación se presente antes de que transcurra un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquel que pueda producirse.



En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no solo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico como es el caso que nos ocupa.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, solo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que están, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser este antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, 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.

La dificultad de prueba del nexo causal en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los que hay multiplicidad de causas y causantes de los daños, se acrecienta cuando se trata de lo que la doctrina denomina "daños pasivos", o daños que no son consecuencia de una acción directa del facultativo, sino que son debidos a errores de diagnóstico u omisiones de la Administración Sanitaria o del tratamiento, que privan al paciente de cuidados médicos necesarios en el tiempo adecuado.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (recogida, entre otras, por la Sentencia de 21 de mayo de 2018, de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, que alude a las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, y otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en



simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiosa para el paciente”.

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, corresponde valorar si la asistencia sanitaria prestada a la reclamante se ha acomodado a la *lex artis* en tiempos, modos de actuación y realización de las pruebas diagnósticas oportunas.

En los términos relatados en los antecedentes de hecho, la interesada considera que existe relación de causalidad entre la deficiente asistencia sanitaria recibida en el mencionado centro hospitalario y las complicaciones y recidiva de maloclusión con disfunción temporomandibular que padeció.

Por tanto, procede analizar si las pruebas diagnósticas y las posteriores intervenciones quirúrgicas a las que se sometió la paciente fueron adecuadas.

El informe de la Inspección Médica, tras detallar las actuaciones médicas practicadas y valorar los informes del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, emite las siguientes consideraciones:

“Señala la literatura médica que la deformidad dentofacial (DDF) abarca la maloclusión y las alteraciones de la relación entre el maxilar y la mandíbula y de ambos con la base del cráneo. Casi todas las alteraciones en las relaciones intermaxilares se acompañan de maloclusión dentaria. A la hora de hacer el diagnóstico es preciso destacar, los aspectos más relacionados con el desarrollo de la erupción y las deformidades dentofaciales y los hábitos como la succión prolongada del pulgar, la interposición lingual y otros. Si el paciente presenta el hábito de interposición lingual entre los incisivos superiores e inferiores desarrollará una mordida abierta.

»Los retrasos o adelantamientos localizados de la erupción, suelen comportar asimetrías eruptivas. La causa más frecuente de un retraso eruptivo localizado es la falta de espacio o la presencia de un obstáculo. Uno de los obstáculos que con mayor frecuencia dificultan la erupción de un diente son los dientes supernumerarios. Hacen sospechar que existe un trastorno localizado de la erupción dental, el hecho de que un diente que debería estar ya presente no ha erupcionado y el espacio disponible para él parece insuficiente.





»La mordida abierta anterior se describe como una falta de acoplamiento entre los incisivos superiores e inferiores en la dimensión vertical. Esta maloclusión presenta una etiología variada, entre las que se describen la relacionada con el comportamiento como son los hábitos de succión del dedo pulgar, postura de la lengua hacia adelante, macroglosia, lengua con mayor tamaño de lo normal. La mordida abierta anterior puede afectar a la deglución, la masticación, el habla y la estética. El tratamiento ha de tener en cuenta si el paciente está en crecimiento o no y poder eliminar las posibles causas para que aparezca la maloclusión.

»Los pacientes en crecimiento con mordida abierta anterior pueden ser tratados con distintos aparatos fijos y removibles ortodóncicos para prevenir el hábito de chuparse el dedo o la colocación de la lengua entre los incisivos (deglución infantil o atípica), permitiendo la erupción dental y el crecimiento para la corrección.

»En los pacientes sin crecimiento la corrección se puede realizar mediante el intento de tracción vertical de los dientes con aparatos de ortodoncia fija o moviendo los maxilares con cirugía.

»El tratamiento ortodóncico debe permitir la erupción dental y el crecimiento correcto de los dientes, además de evitar los hábitos de succión digital y deglución lingual, responsables de la recidiva de mordida abierta.

»(...) Hay constancia en la historia clínica de que yyy se encontraba en tratamiento ortodóncico a los 16 años, así lo reflejó el cirujano maxilofacial el día 19/01/2009, fecha en que la valoró porque su MAP la derivó por presentar inclusión dental a nivel de cordales inferiores. Ya en esa consulta, el cirujano constató la presencia de mordida abierta anterior, de aproximadamente 4-5 mm, apiñamiento dentario, persistencia del 75, orto y añadió "en relación con conducta".

»yyy era una paciente en crecimiento, el apiñamiento dentario indicaba que la causa de la inclusión dental de los cordales inferiores era la falta de espacio. Como en la exploración se observó que los gérmenes dentales estaban presentes, aunque no habían erupcionado informó al MAP que no estaba justificada la exodoncia de los cordales, y que debía continuar con la ortodoncia pues este tratamiento podía ampliar el espacio para permitir su erupción. La mordida abierta, descartadas otras patologías, probablemente era debida a los hábitos de la paciente, chuparse el dedo, mala colocación de la lengua.



»La persistencia del 75 indica que yyyy todavía tenía el segundo molar de leche en el tercer cuadrante (abajo a la izquierda), donde debería tener el segundo premolar del adulto, ya que los molares de leche de los niños darán lugar a los premolares del adulto”.

En el citado informe se considera que las pruebas diagnósticas y el seguimiento al que se sometió la paciente desde los 16 años fue el adecuado.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, tal y como se ha expuesto en los antecedentes de hecho, el 18 de enero de 2016 se realizó, previa firma del consentimiento informado, osteotomías faciales correctoras tipo Lefort I y Obwegeser bilateral. La paciente fue dada de alta el 21 de enero de 2016 con el diagnóstico de deformidad dentofacial tipo clase II con mordida abierta y disfunción temporomandibular bilateral.

Tras la citada intervención se consiguió una apertura oral con alimentación y buena oclusión. En este sentido el informe del jefe del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Complejo Asistencial Universitario de xxxx expresa que “en el postoperatorio la paciente consiguió una apertura oral normal, con una alimentación normal y buena oclusión, siguiendo la ortodoncia quirúrgica”.

En cuanto al tratamiento impuesto tras la operación, la inspectora médica manifiesta que “siempre se deben utilizar elásticos intermaxilares con alambres rectangulares rígidos de considerable calibre para evitar la recidiva de la mordida anterior”. En este supuesto se cumplieron estas exigencias.

Por tanto, aparece acreditado que la intervención quirúrgica se realizó de manera adecuada, que el seguimiento en el postoperatorio fue correcto y que se consiguió un buen resultado.

El 14 de noviembre de 2016 la paciente tuvo que ser nuevamente intervenida debido a intolerancia al material de osteosíntesis, previa firma del consentimiento informado y estudio preanestésico.

La intervención y el seguimiento de esta segunda intervención también fue correcta como reconoce el tan citado informe de la inspectora médica.

En el informe de Medicina Nuclear de 25 de septiembre de 2017 visualizó un incremento de captación del trazador a nivel del cóndilo mandibular izquierdo sugerente de proceso inflamatorio en zona quirúrgica.



En enero de 2019 se solicitó SPECT-TAC que informó de signos hiperémicos significativos, fase precoz, sin reacción osteogénica anómala, apreciándose una disminución de los cambios hiperémicos, así como ligera disminución de actividad osteogénica en el cóndilo mandibular izquierdo que aconsejaban una nueva intervención. Sin embargo, la paciente acudió a un centro privado para la realización de la cirugía ortognática bimaxilar.

El informe de la inspectora médica, de manera concluyente, señala que:

“Tras estudio del historial clínico del paciente y de la literatura médica aplicable se concluye que Dña. yyyy fue debidamente atendida, no observándose ningún error de diagnóstico ni retraso en los tratamientos requeridos.

»La reclamante rechazó la intervención quirúrgica que le fue propuesta por el especialista de Cirugía Maxilofacial del Hospital Universitario de xxxx, para tratar la recidiva de su patología, recidiva que es frecuente como señala la bibliografía y, acudió a la medicina privada por propia voluntad.

»La actuación de los profesionales sanitarios que la atendieron se ajustó en todo momento a la *lex artis*, no observándose negligencia ni mala práctica ni desatención en la asistencia sanitaria por lo que no procede el reintegro de los gastos y se propone el sobreseimiento y archivo de actuaciones”.

La reclamante no aporta dictamen pericial y se limita a adjuntar a la reclamación informes médicos del centro médico privado en el que fue intervenida. Tampoco discute las conclusiones alcanzadas por la Inspección Médica en el trámite de alegaciones.

Los expresados informes del centro médico privado no desvirtúan las conclusiones expuestas por la Inspección Médica ni acreditan el incumplimiento de la *lex artis* por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Complejo Asistencial Universitario de xxxx, en las numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas realizadas a la paciente desde los 16 años.

Finalmente, es preciso señalar que la paciente fue informada de los riesgos inherentes a las pruebas practicadas y los consintió.



Por lo expuesto, aparece acreditado que la paciente sufrió una complicación frecuente derivada de la patología que sufría, concretamente, una recidiva de maloclusión con disfunción temporomandibular, y que esta desafortunada situación no fue el resultado de una mala praxis de las numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas practicadas en el Complejo Asistencial Universitario de xxxx. En todas estas actuaciones se cumplieron los protocolos vigentes y se utilizaron las medidas precautorias adecuadas, por lo que este Consejo, coincidiendo con el criterio de la Inspección Médica y de la propuesta de orden, concluye la improcedencia de declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria, en los términos del presente Dictamen, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.