



## DICTAMEN N.º 29 / 2026

Sr. D. Xavier DE PEDRO BONET,  
Presidente  
Sr. D. Gerardo GARCÍA-ÁLVAREZ GARCÍA  
Sr. D. Jesús LACRUZ MANTECÓN  
Sra. D.ª Virginia LAGUNA MARÍN-YASELI  
Sra. D.ª Gloria MELENDO SEGURA  
Sra. D.ª Cristina MORENO CASADO  
Sr. D. Ignacio SALVO TAMBO

La Comisión del Consejo Consultivo de Aragón, con asistencia de los miembros que al margen se expresan, en reunión celebrada el día 16 de abril de 2026, emitió el siguiente dictamen.

La Comisión del Consejo Consultivo de Aragón ha examinado el expediente remitido por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón, relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D.ª [A], D. [B] y D.ª [C] por la deficiente asistencia sanitaria prestada por parte del Servicio Aragonés de Salud a su madre D.ª [D].

### De los ANTECEDENTES resulta:

**Primero.-** El 1 de agosto de 2024 se presenta en el registro General del Gobierno de Aragón reclamación de responsabilidad patrimonial por D.ª [A], D. [B] y D.ª [C] por los daños morales y gastos, que se dicen producidos por la deficiente prestación de la asistencia sanitaria a su madre D.ª [D].

Como base de la solicitud se relata la situación y evolución D.ª [D], que se inicia con su indisposición el día 1 de abril de 2024, reiterándose la situación de vómitos el día 2 de abril, llamándose al Centro de Salud de Híjar, que prescribe tratamiento, y al mantenerse la situación el día 3 de abril de 2024 se decide por el médico su revisión en urgencias del Hospital de Alcañiz, ingresando sobre las 19.40 horas, practicándose un escáner e informando que el intestino está inflamado.

Continúa la reclamación señalando sus impresiones sobre el tratamiento de la paciente en el Hospital de Alcañiz:

«Sobre las 19,40 horas entra en el Hospital de Alcañiz (Teruel), quedando ingresada. A las 23,45 horas se realiza un escáner y se informa que tiene el intestino inflamado.

TERCERO: en la mañana del día 4 de abril de 2024, acude el médico y le dice a la hija de la reclamante (D<sup>a</sup>. [A]) que tiene una parada intestinal y no saben el motivo. Con indicación de operar con urgencia, porque podría derivar en una rotura intestinal con peritonitis.

CUARTO: el 5 de abril de 2024 se realiza nuevo escáner a las 19,30 horas, con mismo resultado del día anterior. Manifestando los médicos que no tienen clara la causa de los males de la paciente.

QUINTO: el 7 de abril de 2024 se realiza radiografía con contraste a las 11,50 horas e inicia deposiciones blandas y le desconectan la sonda nasogástrica.

SEXTO: el 8 de abril de 2024 se realiza radiografía de tórax, estando más animada.

SEPTIMO: el 10 de abril de 2024, a las 12 horas, vomita líquido marrón con olor a heces. Lo que se repite a las 20 horas. Acude el médico a las 22,30 horas y dice que es normal, que le harán pruebas al día siguiente.

OCTAVO: el día 11 de abril de 2024 se realiza un TAC que informa la existencia de burbujas con intestino perforado y peritonitis.

Siendo operada a las 10,46 horas y trasladada a la UCI del Hospital Provincial de Zaragoza. Falleciendo el 28 de mayo de 2024.»

Con base en este relato de hechos por la reclamación se entiende que existe una mala praxis y pérdida de oportunidad, dado que, si bien se tenía conocimiento de la parada intestinal previa, no se aprecia debidamente la advertencia de los vómitos de líquido marrón que se produce el día 10 de abril de 2024, esperando al día 11 de abril a realizar una prueba diagnóstica (TAC), que evidencia el intestino perforado con peritonitis.

Solicita en su escrito que se incorpore al expediente el historial médico de la paciente del Centro de Salud de Híjar, del Hospital de Alcañiz y del Hospital Provincial de Zaragoza.

Se reclama la cantidad de 150.000 euros «sin perjuicio de su modificación, según el Expediente Administrativo y demás pruebas que se consigan», con los intereses de demora que correspondan.

Se adjunta a la reclamación un escrito atribuyendo la representación a abogado colegiado, con el que se entenderán las sucesivas actuaciones del procedimiento, así como Documento Nacional de Identidad de los reclamantes y Libro de Familia que acredita el parentesco.

Se aporta junto con el escrito de reclamación la documentación de la asistencia sanitaria a la que se atribuye la mala praxis: informe de alta del Hospital de Alcañiz para su ingreso en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza (que presta servicio de cuidados intensivos al anterior hospital) de fecha 11 de abril de 2024, así como informe de alta (por fallecimiento) del Servicio de Cuidados Intensivos de este último hospital de fecha 27 de mayo de 2024. Se aportan también los informes del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Alcañiz (3, 4, 5 y 11 de abril de 2024), así como del Hospital de Nuestra Señora de Gracia (30 de abril de 2024) de las diversas pruebas diagnósticas realizadas en el curso de la asistencia sanitaria.

**Segundo.-** Por Acuerdo de fecha de 29 de noviembre de 2024 dictado por la Directora del Servicio Provincial de Teruel (por delegación del Consejero de Sanidad) se acuerda

admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y nombrar instructor del procedimiento, siendo comunicado dicho acuerdo al letrado de la reclamante y a la entidad aseguradora del riesgo por medio de su correduría de seguros.

**Tercero.-** Se inicia la instrucción del procedimiento solicitando el instructor la remisión de la historia clínica del Centro de Salud de Híjar, del Hospital de Alcañiz y del Hospital de Nuestra Señora de Gracia y Provincial de Zaragoza, así como informes de los facultativos intervinientes.

**Cuarto.-** Por los centros sanitarios que participan en la prestación de asistencia sanitaria se remite la documentación solicitada junto con el informe sobre la asistencia prestada.

Por el Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia se remite con fecha 12 de diciembre la historia clínica de la paciente incluyendo la asistencia prestada desde el 11 de abril de 2024 hasta el 27 de mayo de 2024, en la que se recoge la actuación del Servicio de Cuidados Intensivos en el tratamiento del shock séptico secundario a peritonitis fecaloidea por perforación yeuvenal (folios 43 al 432).

Por el Sector de Atención Primaria de Alcañiz se remite con fecha 20 de diciembre de 2024 la historia clínica de la paciente junto con un informe del Coordinador del Centro de Salud de Híjar de 19 de diciembre de 2024 en el que se relata la actuación de los médicos del Centro de Salud, con atención domiciliaria el día 1 de abril de 2024 por vómitos y diarrea y dolor epigástrico, y los días 2 y 3 de abril por los mismos síntomas, siendo derivada a Urgencias del Hospital de Alcañiz (folios 434 al 488).

Por el Hospital de Alcañiz se remite con fecha 30 de diciembre de 2024 la historia clínica de la paciente (folios 489 al 536), con un informe del Jefe de Servicio de Cirugía de fecha 28 de diciembre de 2024, que conviene reproducir parcialmente:

«Se instauró tto. conservador con sonda nasogástrica, reposo digestivo e hidratación y vigilancia evolutiva, tras verificar que no existía peritonitis ni clínica ni radiológica, dato que se reafirmó el día siguiente con nuevo TAC, ahora con contraste, efectuado por dolores persistentes ocasionales, que refería la paciente.

Lo cual permitió -teniendo en cuenta su edad y comorbilidades- mantener un tto. conservador; al bajar débito por sng, y mejorar clínicamente en días sucesivos, se opta por dar un tto. oral con gastrografín para intentar solucionar el posible íleo adherencial. Con ello se consiguen deposiciones varias, y mejoría clínica, que permite reiniciar inicialmente dieta. En este momento se solicita valoración de interconsulta por Medicina Interna, tras aparecer un vómito y disminución de la saturación pulmonar (84-86%); que diagnostica posible enterocolitis vírica y insuficiencia cardiaca con derrame bilateral e insuficiencia respiratoria y aplastamiento vertebral L 1 reciente. Pone tto. medico pertinente (10/4/2024 14h), y no ve impedimento para próxima alta si mejora.

El día 10 al final de la mañana, fue valorada por miembros del Servicio y Mir en rotación, por náuseas y vómitos, y no se apreciaron signos de peritonismo alguno. Se decidió inicialmente dieta absoluta por la tarde, y posteriormente preciso sng -6 am del 11/4/2024- ante la persistencia de náuseas y dolor, con signos clínicos y exploratorios correctos (ctes. estables y saturación 92%).

A primera hora de la mañana del 11/4/2024 -10am- aparece desaturación que mejora con oxígeno a 41 a 91%, y se queja de angustia y dolor abdominal, pese a no apreciarse exploración de peritonitis exploratoria se solicita nuevo Tac urgente, que se realiza al momento, 10,30 h e informan verbalmente de aire extraluminal entre asas de delgado con algo de líquido libre, ante ello se le indica cirugía urgente que se efectúa en cuanto queda libre el mismo, esa misma mañana.

Se efectuó la cirugía por Dr. [E] y Dra. [F], una resección intestinal de delgado y un lavado de cavidad. 13,50h Llegó a desintubarse a la paciente en despertar, pero ante persistencia de cuadro de sepsis se envía a UCI que nos corresponde que es la del Hospital provincial.»

**Quinto.-** Consta informe médico pericial de fecha 19 de marzo de 2025 emitido por Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General y Digestiva, por cuenta de la entidad aseguradora, analizando la asistencia sanitaria prestada. Se señala en tal informe:

«Dentro del manejo de la oclusión intestinal, inicialmente se debe dejar al paciente en ayunas y darle soporte intravenoso con sueroterapia, además de la descompresión intestinal con sonda nasogástrica. La mayoría de estos cuadros responderán al tratamiento conservador. La indicación de cirugía es clara cuando existen datos de alta sospecha de isquemia o sufrimiento intestinal: fiebre taquicardia, dolor abdominal, peritonismo y acidosis. El problema procede de saber cuánto tiempo tiene que pasar hasta decidir que el tratamiento conservador no responde y, por tanto, en qué momento indicar la cirugía.

Ha habido diferentes intentos para conseguir mejorar el manejo de esta entidad; uno de los más destacados ha sido la administración de contrastes hidrosolubles. El uso de estos contrastes permite un diagnóstico más preciso del cuadro de oclusión en parcial o completa, en función del paso del contraste al colon y, por tanto, facilita la decisión de cirugía en los cuadros oclusivos que no mejoran con tratamiento médico. No queda claro el efecto terapéutico de los contrastes hidrosolubles, aunque algunos estudios dicen demostrarlo cuando lo administran después de pasadas 24 h de tratamiento conservador. ....

#### COMPLICACIONES DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A pesar de los adelantos en el conocimiento de la fisiopatología y del manejo de la sepsis, la mortalidad sigue siendo elevada. En la sepsis la disfunción cardiovascular se caracteriza por choque circulatorio con redistribución del flujo sanguíneo, disminución de la resistencia vascular, baja respuesta a catecolaminas, además de alto rendimiento cardíaco a pesar de la disfunción de la contractilidad miocárdica. El pronóstico del paciente en choque séptico depende de que las metas óptimas de reanimación se consigan de manera temprana (idealmente antes de las 6h de iniciado el choque séptico).

#### IV.- ANÁLISIS DE LA PRAXIS MÉDICA

Desde la primera visita domiciliaria, no se identifican elementos que sugieran mala praxis. La paciente presentaba episodios de vómitos, pero sin signos de alarma. Se indicó un tratamiento sintomático con antieméticos y se estableció un control clínico. Esta actuación es correcta y alineada con las guías médicas para el manejo de síntomas digestivos inespecíficos en pacientes mayores.

Solo cuando los síntomas persistieron y se asociaron a dolor abdominal, se decidió el traslado de la paciente al Hospital de Alcañiz, decisión que fue oportuna y justificada.

En el hospital, la paciente fue evaluada de manera adecuada. Durante la exploración física, no presentaba signos de peritonismo abdominal ni indicios clínicos de complicación grave.

Los exámenes analíticos no mostraron alteraciones significativas, salvo un aumento de creatinina con oliguria, hallazgo frecuente en pacientes ancianos con deshidratación secundaria a obstrucción intestinal.

Siguiendo el protocolo habitual, se realizaron estudios de imagen: una ecografía abdominal inicial como primer estudio en pacientes con sospecha de obstrucción, seguida de un TAC de abdomen sin contraste debido a la insuficiencia renal de la paciente. Este estudio identificó dilatación del intestino delgado de origen probablemente mecánico, pero sin signos de perforación ni estrangulación.

Una vez valorada por el servicio de cirugía general, especialistas en este tipo de patologías, y ante la ausencia de signos de alarma como peritonismo, inestabilidad hemodinámica, fiebre, acidosis metabólica o leucocitosis grave, se instauró un tratamiento conservador con colocación de sonda nasogástrica y sueroterapia, estrategia avalada por las guías internacionales en el manejo de la obstrucción intestinal.

Este enfoque fue correcto, ya que la mayoría de las obstrucciones intestinales por bridas se resuelven de forma conservadora sin necesidad de cirugía.

Al día siguiente, la función renal mejoró, lo que permitió realizar un nuevo TAC con contraste intravenoso, confirmando los hallazgos previos sin signos de complicación.

Dado que la paciente no presentaba signos de gravedad, se decidió administrar Gastrográfín, un medio de contraste hidrosoluble con doble utilidad. En primer lugar, como herramienta diagnóstica,

permitiendo determinar si existe un punto de obstrucción y evaluar la probabilidad de resolución espontánea. En segundo lugar, como tratamiento, ya que actúa como osmótico, atrayendo líquidos al lumen intestinal, lo que ayuda a reducir el edema y favorece el pasaje del contenido intestinal, facilitando la resolución de la obstrucción.

La respuesta al Gastrográfín fue favorable, con recuperación del tránsito intestinal y mejoría clínica, permitiendo la progresión a dieta oral.

Este manejo es el estándar en estos casos y se ha demostrado que reduce la necesidad de cirugía en pacientes con oclusión intestinal por bridas.

Días después, la paciente presentó un nuevo episodio de vómitos asociado a desaturación. Ante este deterioro, se tomaron medidas inmediatas, incluyendo la recolocación de la sonda nasogástrica y la suspensión de la ingesta oral para evitar la progresión del cuadro. Se realizó una reevaluación con TAC de abdomen, que en esta ocasión identificó signos de posible perforación intestinal.

Ante este hallazgo, se indicó y realizó una cirugía urgente, durante la cual se confirmó la perforación intestinal, resolviéndose mediante resección del segmento afectado.

La intervención quirúrgica fue correctamente indicada y ejecutada, ajustándose a los protocolos para el manejo de perforaciones en pacientes con oclusión intestinal.

Las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía urgente por obstrucción intestinal son frecuentes y bien documentadas en la literatura.

Estudios han señalado que la mortalidad en pacientes ancianos sometidos a cirugía de obstrucción intestinal ronda el 20-30 %, especialmente en presencia de comorbilidades y deterioro del estado general.

Si bien el retraso en el diagnóstico y tratamiento de una perforación intestinal puede asociarse a peor pronóstico, en este caso, la actuación del equipo médico fue rápida y adecuada, con un manejo escalonado y basado en la evolución clínica de la paciente.

El tratamiento conservador inicial fue el correcto, dado que la gran mayoría de estas obstrucciones se resuelven sin cirugía. Solo cuando la paciente presentó signos de deterioro, se realizaron los estudios pertinentes y se procedió a la cirugía de urgencia.

La acusación de mala praxis debe evaluarse en función de si las complicaciones de la paciente fueron abordadas conforme a los estándares médicos aceptados»

**Sexto.-** Por la Inspectora Médica designada se emite informe de 17 de junio de 2025, pudiendo destacarse de tal informe:

«Para el tratamiento de la paciente ha de tenerse en cuenta la edad. 80 años y las comorbilidades como obesidad. HTA y Diabetes mellitus tipo 2, lo cual hace más compleja la decisión terapéutica.

Desde la terapia domiciliaria inicial el tratamiento ha sido correcto con la presencia de vómitos sin otros signos de alarma, acudiendo a controles sucesivos y decidiendo la derivación a urgencias del Hospital de Alcañiz ante la persistencia de síntomas y la aparición de dolor abdominal.

En el servicio de urgencias del Hospital de Alcañiz la clínica de la paciente seguía sin mostrar signos de alarma. Se realizan pruebas complementarias: analíticas sanguíneas que sólo evidenciaron aumento de creatinina con oliguria, probablemente debida a la deshidratación en una paciente anciana con vómitos, ecografía abdominal y TC sin contraste (por insuficiencia renal aguda) con la que se realiza el diagnóstico de distensión del intestino delgado hasta íleon proximal, posiblemente secundaria a brida o hernia interna, sin signos de perforación ni de estrangulación.

Diagnóstico principal: suboclusión intestinal, por lo que se decide su ingreso en cirugía.

Valorada en el servicio de cirugía general y ante la ausencia de signos de alarma como peritonismo, inestabilidad hemodinámica, fiebre, acidosis metabólica o leucocitosis grave, se inicia tratamiento conservador con sueroterapia, dieta absoluta y descompresión intestinal con sonda nasogástrica. El tratamiento es correcto, ya que la mayoría de estos cuadros responderán al tratamiento conservador (70%). Esta alternativa obliga a un seguimiento estricto, que fue realizado en esta paciente. Al mejorar la función renal se realiza TC con contraste, que confirma el diagnóstico y descarta complicaciones.

Al no presentar signos de gravedad se decide administrar contraste hidrosoluble (Gastrográfín), que tiene capacidad pronóstica y terapéutica. La solución de contraste hidrosoluble es hipertónica, lo que reduce el edema parietal y puede favorecer la resolución espontánea. La observación de contraste en

colon a las 24 h de su ingesta se considera un factor pronóstico de buena evolución, sin requerir tratamiento quirúrgico.

En esta paciente la respuesta al Gastrográfín ha sido favorable, ya que en menos de 24 hs. había pasado a colon y recto y hecho abundante deposición. Sin dolor abdominal, abdomen blando y depresible y tolerando sonda nasogástrica pinzada.

A los tres días en seguimiento, la paciente presenta nuevo episodio de vómitos. desaturación y deterioro del estado general. Ante este cuadro se recoloca la sonda nasogástrica, se suspende ingesta oral y se realiza TC abdominal que identifica posible perforación intestinal.

Con ese hallazgo se procede a la intervención quirúrgica urgente con resección de un segmento de intestino delgado, sección de una brida entra anejo derecho y yeyuno. anastomosis laterolateral de intestino delgado y lavado de cavidad peritoneal.

La cirugía realizada ha sido correctamente indicada y se ajusta al manejo de perforaciones en pacientes con oclusión intestinal.

Lo paciente se deriva a la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia.

Las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía urgente por obstrucción intestinal son frecuentes. La mortalidad en pacientes ancianos ronda el 20-30%, sobre todo en presencia de comorbilidades.

Si bien el retraso en el diagnóstico y tratamiento de una perforación intestinal puede asociarse a peor pronóstico, en este caso la actuación médica ha sido adecuada, se ha tenido en cuenta la clínica que presentaba la paciente en cada momento y realizado un seguimiento estrecho de la evolución, con intervención oportuna cuando se produce la complicación.»

**Séptimo.-** Mediante escrito del instructor de fecha 8 de octubre de 2025 se da traslado a los reclamantes (por medio de su representación letrada), dando plazo de diez días para formular alegaciones y presentar documentos y justificaciones.

**Octavo.-** Por el representante de los interesados se presenta un primer escrito solicitando la remisión del expediente en formato digital, para después presentar un segundo escrito en el que además de reafirmarse en los hechos, solicita que se aporte al expediente el protocolo de actuación que se pueda tener por el Servicio Aragonés de la Salud para el supuesto en el que se produce la reclamación de responsabilidad patrimonial.

**Noveno.-** Remitido el expediente a la Secretaría General Técnica del Departamento de Sanidad se redacta propuesta de resolución en la que después de la descripción detallada de la documentación incorporada al expediente, se detiene en los hechos más fundamentales de la asistencia médica prestada, incorporando luego la literalidad de los informes emitidos en el procedimiento, para concluir proponiendo la desestimación de la reclamación razonando que:

«En el presente caso, los informes incorporados, previa valoración de los datos contenidos en la historia clínica del paciente, manifiestan que no concurre infracción de la lex artis ad hoc. Tampoco se ha constatado la necesaria relación de causa-efecto entre el funcionamiento del servicio público y la lesión, presupuesto exigible para apreciar la responsabilidad de la Administración.

Consecuentemente, no habiendo presentado el interesado ningún documento que desvirtúe las consideraciones emitidas por la Inspección Médica y por los peritos médicos de [G]., cabe concluir que los interesados tienen el deber jurídico de soportar el daño en los términos expuestos en el artículo 34 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.»

## CONSIDERACIONES JURIDICAS

### I

#### Competencia del Consejo Consultivo

- 1 El artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, LPAC) dispone que «cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica (...) será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma».
- 2 La disposición final tercera de la Ley 5/2021, de 29 de junio, de Organización y Régimen Jurídico del Sector Público de Aragón (LRJSPAr), que entró en vigor el 02/10/2021, modificó el artículo 15.10 de la Ley 1/2009, de 30 de marzo, del Consejo Consultivo de Aragón (LCCA) y elevado el umbral a partir del cual es preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo en los procedimientos de «reclamaciones administrativas de indemnización de daños y perjuicios», que pasa de 6.000 a 50.000 euros según la cuantía de la indemnización solicitada.
- 3 La reclamación de responsabilidad patrimonial a la que se refiere este Dictamen, fue presentada el 1 de agosto de 2024 en el registro del Gobierno de Aragón y contiene una pretensión de indemnización superior a 50.000 euros, por lo que este Dictamen se debe considerar preceptivo.
- 4 Los artículos 19 y 20 de la LCCA disponen que resulta competente la Comisión para la emisión del dictamen.

### II

#### Normativa aplicable a este procedimiento

- 5 El procedimiento se inicia por reclamación presentada el 1 de agosto de 2024 y se regula por la LPAC y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).
- 6 Según el artículo 36.2 de la LRJSPAr, y la estructura orgánica básica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, corresponde al titular de la consejería competente en materia de sanidad resolver las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la Administración.

### III

#### Legitimación, plazo y otras cuestiones formales.

- 7 Los reclamantes reúnen la condición de interesados al ser hijos de la persona que, se dice, sufre el defecto en la prestación de asistencia sanitaria con resultado de muerte, de acuerdo con lo dispuesto en la LPAC y artículos 36.1.b) y 62 del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.
- 8 La reclamación se dirige a la Administración pública competente como legitimada pasivamente.
- 9 La tramitación realizada por la Administración se ha atendido a lo que marca el ordenamiento jurídico vigente, desarrollándose los trámites previstos por éste, en particular, la emisión de informe por el servicio cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable y el trámite de audiencia a los interesados.
- 10 Se ha comunicado la tramitación de la reclamación a la compañía aseguradora de la Administración, remitiéndosele cuantas actuaciones se desarrollaban, teniendo ésta intervención en el procedimiento como interesada.
- 11 El artículo 67.2 de la LPAC señala los requisitos formales que debe reunir la reclamación, disponiendo que deberá «especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre éstas y el funcionamiento del servicio público, la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si fuera posible, y el momento en que la lesión efectivamente se produjo, e irá acompañada de cuantas alegaciones, documentos e informaciones se estimen oportunos y de la proposición de prueba, concretando los medios de que pretenda valerse el reclamante».
- 12 Es necesario que la reclamación de responsabilidad patrimonial incluya una evaluación económica del daño, pues, para ser indemnizable, habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (artículo 32.2 LRJSP).
- 13 En el presente caso se realiza una valoración inicial de 150.000 euros «sin perjuicio de su modificación según el expediente administrativo, nuevos informes médicos e informes periciales. A los efectos iniciales se determina a razón de 50.000 euros por cada uno de los hijos». Causa extrañeza que el *quantum* de la indemnización se haga depender de «informes periciales» cuando la medida del resarcimiento de cada uno de los hijos, como daño moral, no dependerá de informes periciales sino de la mera aplicación de las tablas contenidas en el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, si bien, como anticipamos, tampoco debe este informe entrar a discutir su cálculo y cuantía.
- 14 La reclamación se presenta el 1 de agosto de 2024, dentro del plazo de prescripción de un año previsto en el artículo 67.1 de la LPAC para instar la responsabilidad patrimonial.
- 15 El plazo para resolver expresamente y notificar este procedimiento de responsabilidad patrimonial es de seis meses (art. 91.3 LPAC), por lo que se ha sobrepasado ampliamente, pudiéndose entender por el interesado (en este caso los tres hijos) desestimada su reclamación a los efectos de interponer los recursos oportunos. En cualquier caso, este Consejo Consultivo debe emitir su dictamen, pues, de acuerdo con el artículo 21 de la LPAC, la Administración está obligada a dictar resolución expresa y a notificarla en todos los procedimientos, sin vinculación alguna al sentido negativo de aquel silencio (artículo 24.3.b) de la LPAC).

#### IV

##### **Requisitos generales para la exigencia de responsabilidad patrimonial.**

16 El art. 106 de la Constitución reconoce el derecho de los particulares a «ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes o derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos».

17 De la consulta del artículo 32.1 de la LRJSP se deduce que la responsabilidad patrimonial de la Administración ha sido configurada en nuestro sistema legal y jurisprudencialmente como de naturaleza objetiva, de modo que cualquier consecuencia dañosa derivada del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, debe ser, en principio, indemnizada, porque como señala reiteradamente el Tribunal Supremo «de otro modo se produciría un sacrificio individual en favor de una actividad de interés público que debe ser soportada por la comunidad».

18 La doctrina del Tribunal Supremo matiza la naturaleza objetiva de la responsabilidad de la Administración, exigiendo que el perjuicio derive en relación directa causa – efecto, introduciendo matices a la, en principio, cuasiautomática imputación de responsabilidad por cualquier daño derivado del servicio público. En este sentido la sentencia nº 418/2018, de 15 de marzo, recurso de casación nº 3884/2015, ECLI:ES:TS: 2018:1084.

«La sentencia del Tribunal Supremo de 17 de abril de 2007 declaraba que "la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, así señala la sentencia de 14 de octubre de 2003 que: "Como tiene declarado esta Sala y Sección, en sentencias de 30 de septiembre del corriente , de 13 de septiembre de 2002 y en los reiterados pronunciamientos de este Tribunal Supremo, que la anterior cita como la Sentencia, de 5 de junio de 1998, la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquella de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas, convierta a éstas en aseguradoras universales de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro Ordenamiento Jurídico.»

19 Este derecho reconocido constitucionalmente ha sido precisado por la jurisprudencia (STS de 14 de marzo de 2014, recurso nº 4017/2011 y las que en ella se citan) requiriendo apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes requisitos:

- a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas siendo el daño antijurídico, sin que exista un deber jurídico de soportarlo.
- b) Que el daño sea imputable a la Administración, esto es, que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos;
- c) La relación de causalidad entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. En definitiva, el daño debe ser consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa;
- d) Ausencia de fuerza mayor, como causa extraña a la organización;

- e) Que la reclamación se efectuó en el plazo de un año desde que se produce el hecho o el acto que motiva la indemnización o se manifieste su efecto lesivo

## V

### **Sobre las peculiaridades de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario. La *lex artis ad hoc***

20 Siguiendo la jurisprudencia sobre la materia y la doctrina consolidada de los órganos consultivos, no cabe duda de que en el ámbito sanitario la responsabilidad administrativa no está necesariamente ligada al resultado de la asistencia prestada, dado que esto sería tanto como hacer responsable a la Administración de la salud del individuo. Es evidente que en el ámbito sanitario se debe abandonar cualquier atisbo de responsabilidad objetiva que vincularía el estado del paciente y cualquier consecuencia sobre su salud a la prestación sanitaria recibida. Por eso en el ámbito sanitario la responsabilidad se vincula no sólo a la consabida relación de causa-efecto entre el daño antijurídico y el servicio público sanitario (nexo causal), sino que la responsabilidad se vincula a una utilización conforme a los principios de buena práctica médica (*lex artis ad hoc*) de dichos medios personales y materiales. Esta es la reiterada doctrina elaborada por el Tribunal Supremo que, con cita de otras anteriores, se enuncia en sentencia de 15 marzo de 2018, recurso de casación nº 1016/2016:

«En este sentido, y por citar sólo algunas, hemos dicho en la sentencia de 26 de junio de 2008, dictada en el recurso de casación núm. 4429/2004, que "... es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas citaremos las Sentencias de 20 de Marzo de 2007 (Rec. 7915/2003), 7 de Marzo de 2007 (Rec. 5286/03) y de 16 de Marzo de 2005, Rec. 3149/2001) que "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 la 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 beneficioso para el paciente", o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso".»

21 A estos efectos, el Consejo de Estado (Dictámenes 924/2012, de 22 de noviembre, y 924/2014, de 20 de noviembre, entre otros), la Comisión Jurídica Asesora del Gobierno de Aragón (Dictamen 215/2009, de 20 de octubre, Dictamen 7/2010, de 12 de enero, entre otros) y este Consejo Consultivo (Dictamen 97/2017, de 16 de mayo, y Dictamen 114/2017, de 6 de junio) sustentan de forma reiterada que «para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial es preciso acudir a parámetros como la *lex artis*, de modo que debe producirse la infracción de esta ley para imputar a la Administración de la cual dependen los servicios sanitarios la responsabilidad por los perjuicios causados. En el caso de que no se infrinja la *lex artis*, ha de concluirse que tales perjuicios no son imputables a la Administración, no son antijurídicos y han de ser soportados por el particular sin que generen, en modo alguno, el derecho a percibir una indemnización».

22 Es la infracción de la *lex artis* lo que determina que el daño sufrido sea un daño antijurídico, y por tanto resarcible. En otro caso el daño deberá ser soportado por el paciente, como parte de la prestación sanitaria, sin poder exigir resarcimiento. En este sentido sentencia de 23 de septiembre de 2009 (Recurso de casación 10185/2004) insiste en la necesaria antijuridicidad del daño resarcible señalando que:

«constituye un elemento esencial en materia sanitaria, para determinar esa responsabilidad de la Administración, la apreciación del requisito legal que exige la antijuridicidad del daño, o lo que es lo mismo, que el paciente no esté obligado a soportar el daño; y ello partiendo de la base de que dicha Asistencia Sanitaria constituye, en esencia, una obligación por parte de la Administración de prestación de medios

adecuados conforme a los estándares humanamente exigibles en función del estado de la técnica médica, y que, por el contrario, se excluye toda pretensión indemnizatoria fundada en el mero hecho de haberse producido un resultado lesivo para el paciente, por cuanto lo que cabe exigir a la Administración es la prestación de esos medios personales y técnicos en función de la situación y conocimientos de la técnica sanitaria, sin que en modo alguno pueda pretenderse que la Administración se convierta en responsable de todo daño cuando se compruebe que la asistencia recibida por el paciente fue conforme a la denominada *lex artis*».

## VI

### La pérdida de oportunidad

23 De forma especial en el ámbito sanitario se considera como criterio para apreciar la responsabilidad de la Administración la denominada «pérdida de oportunidad», situación en la que sin darse la quiebra directa e inmediata de la *lex artis* (al menos de forma evidente), se produce la demora no culpable en una actuación o la elección de un tratamiento (dentro de los parámetros de una actuación aparentemente o formalmente adecuada) que supone una pérdida de expectativa. Se puede citar en este sentido la sentencia del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 2018, núm. 462/2018, dictada en recurso núm. 2820/2016 ECLI:ES:TS:2018:1096 (destacados de la sentencia):

«NOVENO.-

Y no puede ser ello de otro modo, porque la razón de la acogida por parte de la jurisprudencia de esta doctrina se mueve en distinto plano que el de la "lex artis". Concretamente, se sitúa en el terreno de la incertidumbre, como, entre tantas otras, resaltan las resoluciones que precisamente cita la sentencia recurrida, nuestras Sentencias de 19 de octubre de 2011 y 22 de mayo de 2012): "la denominada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo".

.... // .....

Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009, recurso de casación 1593/2008:

"La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la *lex artis* que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente". (FD 7º).

En definitiva, como afirma la Sentencia de 21 de diciembre de 2012 RC 4229/2011, la doctrina de la pérdida de oportunidad "existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma". En este sentido cumple señalar que se trata de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de responsabilidad ("un régimen especial de imputación probabilística", atendiendo a lo establecido por la Sala Primera de este Tribunal: Sentencia de 16 de enero de 2012).»

24 No es que se omita la exigencia de la relación de causalidad entre la actuación imputable al servicio de salud y el daño sufrido, sino que en alguna forma se relaja la apreciación de tal

relación, que no se exige de forma tal «precisa y directa», sino que permite un margen de maleabilidad en su apreciación.

- 25 En estos casos de pérdida de oportunidad el resarcimiento otorgado a través de la responsabilidad patrimonial valora la pérdida de expectativa de acuerdo con un juicio probabilístico de mejoría o menor quebranto.

## VI

### **Sobre la concurrencia de daño antijurídico.**

- 26 Tras lo expuesto debe plantearse si la asistencia sanitaria prestada fue la adecuada, de modo que pueda considerarse si se está ante hechos que no constituyen un daño antijurídico en relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida según el art. 32.1 de la LRJSP.
- 27 Del expediente remitido, y en especial de los informes aportados al procedimiento, resulta que a la paciente se le presta atención en su domicilio por los facultativos del Centro de Salud de Híjar los días 1, 2 y 3 de abril de 2024 por presentar síntomas de vómitos, diarrea, sin tolerar líquidos ni sólidos, por lo que ante la persistencia del cuadro se deriva al Hospital de Alcañiz para examen.
- 28 En Hospital de Alcañiz ingresa por Urgencias del Hospital, con examen por facultativo, practicándose analítica sanguínea, ecografía abdominal y TC sin contraste, con diagnóstico de suboclusión intestinal e ingreso en planta de cirugía.
- 29 En planta se coloca sonda nasogástrica, con alivio de sintomatología, manteniéndose el tratamiento los días 5 y 6 de abril de 2024. De acuerdo con los informes del Servicio de Cirugía del Hospital la paciente tiene mejoría estos días.
- 30 El día 7 de abril se decide administrar gastrografín, practicándose Rx de control. El contraste hidrosoluble produce efecto, pasando a colon y recto con abundante deposición, quedando la paciente sin dolor abdominal, con abdomen blando y depresible.
- 31 El día 8 de abril con nuevas deposiciones, sin dolor, se retira la sonda, permaneciendo estable el día 9 de abril.
- 32 El día 10 de abril comienza con sintomatología vasovagal, con nuevo vómito y desaturación pulmonar, solicitándose valoración por Medicina Interna que diagnostica enterocolitis vírica insuficiencia cardíaca con derrame pleural e insuficiencia respiratoria (a las 14 horas). El mismo día 10 es valorada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva sin apreciar síntomas de peritonismo. Se decide dieta absoluta.
- 33 La paciente presenta un nuevo vómito el día 11 y se indica nuevamente dieta absoluta y nueva colocación de sonda nasogástrica (6 a.m.) con signos de exploración correctos.
- 34 Ese mismo día 11, sobre las 10 horas, aparece desaturación que mejora con oxígeno y queja de dolor abdominal y angustia, solicitándose nuevo TC que se practica de urgencia a las 10.30 que informa de posible perforación intestinal, indicándose cirugía urgente que se practica inmediatamente.

- 35 La cirugía, de resección intestinal de delgado y lavado de la cavidad termina a las 13.50 horas, fue realizada correctamente. Debido al cuadro de sepsis posterior a la operación se envía la paciente a la Unidad de Cuidados del Hospital Provincial de Zaragoza (que presta servicio de UCI al Hospital de Alcañiz).
- 36 La evolución posterior de la paciente no fue buena, sin poder superar el cuadro de sepsis.
- 37 En la reclamación se sitúa el déficit de asistencia sanitaria en el retraso que, a su juicio, se produce en el Hospital de Alcañiz en la aplicación del tratamiento al no ordenarse un nuevo TAC el mismo día 10 de abril de 2024 cuando por la paciente se sufren nuevos episodios de vómitos y dolor abdominal. La reclamación entiende que ha sido el retraso en realizarse el TAC lo que provoca la mala evolución de la paciente, un peor diagnóstico y, por tanto, el resultado final.
- 38 Pero la alegación de la actora está ayuna de cualquier acreditación que permite cerciorarse de las afirmaciones que realiza. En efecto, por la reclamación no se presentó inicialmente ningún informe pericial que con conocimientos suficientes analice la asistencia sanitaria prestada; tampoco en fase de alegaciones, y ante los informes ya obrantes en el procedimiento, por las reclamantes se aporta la opinión o el análisis que permita a la Administración confrontar la solicitud de responsabilidad con los hechos producidos.
- 39 Por el contrario constan en el expediente los informes del Servicio de Cirugía del Hospital de Alcañiz, y los aportados por la entidad aseguradora y el informe emitido por la Inspección Médica de la Administración de la Comunidad Autónoma.
- 40 Se ha transcrito anteriormente el informe emitido por cuenta de la entidad aseguradora, de fecha 19 de marzo de 2025, emitido por Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General y Digestiva que concluye el tratamiento fue el correcto, concluyendo la corrección de la asistencia sanitaria prestada.
- 41 Obra también en el procedimiento, y ha sido parcialmente transcrito anteriormente, el informe emitido por la Inspectora Médica, de fecha 17 de junio de 2025 que es totalmente coincidente con el informe emitido por cuenta de la aseguradora.
- 42 Con los antecedentes y la prueba que resulta de la tramitación del procedimiento, la respuesta a la solicitud de reclamación de responsabilidad sólo puede ser desestimatoria, dado que no se realiza por la reclamación el mínimo esfuerzo en acreditar la deficiente prestación sanitaria sobre la que debe pivotar el reconocimiento de responsabilidad. No existe certeza alguna en el procedimiento de la que se pueda concluir que exista tal quiebra de la *lex artis* ni tampoco una pérdida de oportunidad.
- 43 Particularmente, sobre la pérdida de oportunidad, no se ha realizado en la reclamación un mínimo esfuerzo por acreditar que efectivamente hubo un retraso en el diagnóstico, y que tal anticipación del diagnóstico hubiera permitido otro desenlace. Si bien la doctrina de la «pérdida de oportunidad» no requeriría la quiebra de la *lex artis*, sí que sería preciso justificar que ha existido una apreciación de los síntomas o una decisión que, dentro de la *lex artis*, sin embargo enlentece el tratamiento en atención a las circunstancias y factores que eran advertibles y podrían ser conocidos en una diligente actuación por los servicios médicos. Y tal justificación no se ofrecen modo alguno.
- 44 Según lo que justifican los informes incorporados al expediente la decisión que se adopta en cada momento es la que corresponde para un adecuado tratamiento, sin que la pérdida de oportunidad pueda ser la cobertura de reclamaciones en las que se soliciten actuaciones

médicas irracionales o extraordinarias porque no corresponderían al examen y los síntomas que se podían apreciar en un momento preciso. La pérdida de oportunidad no puede construirse sobre la contemplación de un resultado final, realizando hipótesis retrospectivas sobre la posibilidad de otras decisiones distintas a las adoptadas, cuando la base y las circunstancias para la adopción de estas hipotéticas decisiones no eran sin embargo conocidas en el momento de adoptar estas decisiones.

- 45 A juicio de este Consejo Consultivo, el proceso ha sido explicado de manera razonable en los informes incorporados al procedimiento, sin quedar desvirtuados por las manifestaciones efectuadas en la reclamación, al no acompañar documentos ni informe pericial que acrediten posible infracción de las reglas de la buena práctica médica.

En atención a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Aragón formula el siguiente DICTAMEN:

Que, conformes con la propuesta de resolución, procede informar favorablemente la **desestimación de la reclamación** de responsabilidad patrimonial formulada por D.<sup>a</sup> [A], D. [B] y D.<sup>a</sup> [C].