



## DICTAMEN N.º 36 / 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.

El Consejo Consultivo de Aragón ha examinado el expediente remitido por el Consejero de Sanidad relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D.ª [A], D.ª [B], D. [C] y D. [D], por la asistencia sanitaria prestada a su madre, hermana e hija, D.ª [E], en la que solicitan una indemnización en cuantía de 194.493 €.

### De los ANTECEDENTES resulta:

**Primero.-** Con fecha 11 de enero de 2024, tuvo entrada en el Registro General del Gobierno de Aragón una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D.ª [A], D.ª [B], D. [C] y D. [D], bajo la representación letrada de D. [F]. En ella se solicita una indemnización de ciento noventa y cuatro mil cuatrocientos treinta y nueve euros (194.439 €) por la deficiente asistencia sanitaria prestada a su familiar en el Hospital Royo Villanova (HRV) el 13 de enero de 2023.

**Segundo.-** En el escrito de reclamación se exponen íntegramente los siguientes hechos:

«(...) D.ª [E], con DNI ..., era madre de Don [C] y [D] (...) A su vez era hija de Doña [A] y hermana de Doña [B].

La **Sra. [E]** falleció en su domicilio el día 13 de enero de 2023, sobre las 22 horas, así quedó establecido por el cronotanodiagnóstico fijado en el informe de Autopsia forense (...).

La **Sra. [E]** tenía antecedentes de problemas cardiacos (...) A esto debemos sumar su edad, **65 años** y fumadora, por lo que el riesgo de padecer un problema cardiaco era real y debió ser tenido en cuenta activando el protocolo "código infarto" establecido en el año 2022.

La **Sra. [E]** acude el día 13 de enero de 2023, con hora de ingreso a las 13:32 al Servicio de Urgencias del hospital Royo Villanova (...) El motivo fue dolor torácico desde las 11:30 horas de esa mañana. Previamente había tomado una aspirina puesto que sospechaba que pudiera tratarse de un problema cardiológico (...).

También refiere inestabilidad y mareos con sensación de posible caída, síntomas todos ellos de síndrome coronario. Se detalla, en el informe de urgencias, que el dolor es fijo sin modificarse con el esfuerzo por lo que no está relacionado con un origen osteomuscular a pesar de que ese fue el diagnóstico final.

Se le realizan como únicas pruebas: Toma de constantes vitales, Ecg, Analítica. Estas pruebas se realizan a su llegada no repitiéndose ninguna de ellas a pesar de que a las 15:02 persiste el dolor agudo en la zona del pecho irradiado a la espalda y cuello. Como única medida se le suministra Nolotil más Enantyum, ambos analgésicos. A las 16:47 se determina que se debe dar el alta con analgesia. No se activa el protocolo previsto para posibles infartos, síndromes coronarios a pesar de acudir a urgencias con los síntomas claros (...) realizándole un único electrocardiograma y única analítica para la determinación de las enzimas cardiacas cuando se debían haber realizado dos analíticas más, una a las cuatro horas y otra a las 6 horas así como debería haber quedado en observación de 6 a 8 horas (...) Tampoco la revisa ningún cardiólogo (...) siendo atendida por una médica que no acredita su especialidad en cardiología.

A las 16:52 del mismo día 13 de enero de 2023 se procede a dar el alta (...) Ese mismo día, sobre las 22 horas, apenas cinco horas más tarde, fallece sola en su domicilio por parada cardiaca shock hemorrágico, causado por una rotura cardiaca según informe de autopsia forense.

Esta muerte se hubiera evitado si se hubieran seguido los protocolos previstos. La facultativa que la atendió erró en su diagnóstico ocasionando una pérdida de oportunidad.»

Se desglosan en la petición económica las distintas cuantías a favor de los reclamantes, añadiéndose a la petición determinados importes por daños morales para cada uno de ellos.

Acompaña a la reclamación determinada documentación familiar y médica.

**Tercero.-** Por Orden del Consejero de Sanidad, con fecha 11 de marzo de 2024, se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, se notifica el acuerdo de admisión a los reclamantes y a la compañía aseguradora y se nombra instructora. Las notificaciones se realizan directamente al Sr. [F] y a la aseguradora a través de la Correduría de seguros Aon Gil y Carvajal S.A., para su traslado a Berkshire Hathaway Insurance, compañía aseguradora con la que el Gobierno de Aragón tiene suscrita una póliza de responsabilidad civil.

**Cuarto.-** Se inicia la instrucción del procedimiento que está integrado, entre otros, por la historia clínica de la paciente en la totalidad de especialidades y servicios del Hospital Royo Villanova y, concretamente, la documentación del servicio de Urgencias y de Cardiología, el informe del servicio de Urgencias y el Informe del Inspector Médico.

**Quinto.-** Con fecha 2 de septiembre de 2024 se produce un cambio de instructor. Con fecha 24 de octubre de 2025 se da trámite de audiencia a los reclamantes por plazo de quince días, sin que se presenten alegaciones ni documentación añadida o pericial alguna.

**Sexto.-** La propuesta de resolución, de fecha 19 de marzo de 2026 propone desestimar la reclamación de responsabilidad presentada.

**Séptimo.-** El Consejero de Sanidad solicita dictamen preceptivo del Consejo Consultivo de Aragón mediante escrito de fecha 23 de marzo de 2026, adjuntando propuesta de resolución y expediente administrativo electrónico.

## CONSIDERACIONES JURÍDICAS

### I

#### **Competencia del Consejo Consultivo de Aragón. Régimen transitorio aplicable ante el aumento del umbral del dictamen preceptivo a 50.000 euros**

- 1 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, ha modificado el artículo 15.10 de la Ley 1/2009, de 30 de marzo, del Consejo Consultivo de Aragón 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.
- 2 La ley de procedimiento administrativo común (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».
- 3 Los artículos 19 y 20 de la Ley 1/2009 disponen que resulta competente la Comisión para la emisión del dictamen.

### II

#### **Normativa aplicable a este procedimiento**

- 4 El procedimiento se inicia por reclamación de fecha 11 de enero de 2024 y se regula por las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).
- 5 Según el artículo 36.2 de la Ley 5/2021, de 29 de junio, de Organización y Régimen Jurídico del Sector Público Autonómico de Aragón, y la estructura orgánica básica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, corresponde al titular del departamento competente resolver las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la Administración.

### III

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

- 6 En relación con las cuestiones formales, los hijos, madre y hermana de la fallecida reúnen la condición de reclamantes e interesados en el procedimiento conforme con lo dispuesto en la LPAC, y la reclamación se dirige a la Administración pública competente.
- 7 Por lo que se refiere a la cuantía de la indemnización, la reclamación fija la indemnización en la cifra de 194.439 euros, considerando que la misma queda concretada y desglosada correctamente conforme al artículo 67.2 de la LPAC. Es evidente que uno de los requisitos para exigir responsabilidad patrimonial a la Administración es que el daño alegado sea «efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas» (art. 32.2 LRJSP). Por eso resulta imprescindible cuantificar mínimamente cuál es la lesión indemnizable o en su caso, motivar las razones que impiden hacerlo, sin acudir a expresiones estereotipadas.
- 8 El artículo 67.1 de la LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo y, en el caso de daños físicos o psíquicos, desde su curación o la determinación del alcance de las secuelas. En este caso no ha prescrito el derecho a reclamar, realizándose los servicios médicos y el fallecimiento el día 13 de enero de 2023 y presentándose la reclamación el 11 de enero de 2024.
- 9 El plazo para resolver expresamente y notificar este procedimiento de responsabilidad patrimonial es de seis meses (art. 91.3 LPAC). El procedimiento se inició por reclamación registrada de entrada el 11 de mayo de 2024 y la propuesta de resolución es de 19 de marzo de 2026, así que los interesados han podido entender desestimada su reclamación por silencio administrativo. 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

#### **Sobre las peculiaridades de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario**

- 10 La institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración, reconocida en el artículo 106.2 de la Constitución española, atribuye a los particulares un derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, y se cumplan los demás requisitos dispuestos por el ordenamiento jurídico (art. 32 LRJSP). Los requisitos para que sea declarada la responsabilidad patrimonial de la Administración, según reiterada y pacífica formulación doctrinal y jurisprudencial, pueden resumirse en los siguientes: a) una lesión o daño antijurídico que el ciudadano no tenga el deber de soportar, lo que se traduce en la efectiva realización del daño o perjuicio evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) imputable a la Administración, esto es, que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; c) una relación directa de causa a efecto (relación de causalidad) entre el daño causado y la actuación administrativa, sin intervención extraña que pueda influir en el nexo causal, excepto en los casos de fuerza mayor, y d) que no haya prescrito el derecho a reclamar, que legalmente se fija en un año computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.
- 11 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 fracaso del tratamiento, ya que no puede existir una certeza total sobre su resultado. Cuando una persona con un padecimiento previo pretende legítimamente recuperar su salud, 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 exige un plus añadido: la infracción de los principios de buena práctica médica, es decir, el conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo en un momento determinado, conocida como 'lex artis' (por todas, STS 1448/2016, ECLI:ES:TS:2016:1448, FJ. 1).
- 12 El Consejo de Estado (Dictámenes 166/1999 y 692/1999, de 11 y 25 de marzo, entre otros) y la Comisión Jurídica Asesora, antecesora de este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen 132/2003, de 23 de septiembre y Dictamen 178/2003, de 2 de diciembre) afirman reiteradamente que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario es preciso acudir al parámetro de la 'lex artis', de modo que sólo se podrá imputar a la Administración sanitaria por los daños y perjuicios causados al enfermo cuando se haya infringido la práctica médica adecuada y aplicable al caso. En el caso de que no se infrinja la 'lex artis', ha de concluirse que tales perjuicios no son imputables a la Administración y han de ser soportados por el particular sin que generen, en modo alguno, el derecho a percibir una indemnización.
- 13 Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de la Administración consagrada en el artículo 106.2 de la Constitución no supone la instauración de un seguro universal a cargo de la Administración ni convierte a las Administraciones públicas en «aseguradoras universales de todos los riesgos», como ha señalado el Tribunal Supremo en reiteradísimas ocasiones (por todas, STS 273/2013, ECLI:ES:2013:273, FJ.3 y STS 289/2016, ECLI:ES:TS:2016:289, FJ. 7).
- 14 La pérdida de oportunidad se caracteriza por una privación de expectativas y por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el estado de salud actual del reclamante (STS 8548/2012 (ECLI: ES:TS:2012:8548), algo que no concurre en el presente caso, puesto que todas las decisiones médicas se adoptaron conforme a la clínica que presentaba la paciente con los datos disponibles en el momento en que hicieron (STS 131/2015, ECLI:ES:TS:2015:131, FJ. 2).

- 15 La pérdida de oportunidad ha sido definida por la jurisprudencia en, entre otras, la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 28 de febrero de 2012, que señala:

«Esta privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de "pérdida de oportunidad" (...), se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias.»

- 16 La doctrina de la pérdida de oportunidad en el ámbito de la prestación sanitaria se refiere, por tanto, a la valoración de la responsabilidad en aquellos casos en los que, como consecuencia de la omisión de una prueba médica, la indicación de un tratamiento o procedimiento diferente o, simplemente, un retraso diagnóstico, se vendría a privar al paciente de oportunidades de curación o de minoración de secuelas.
- 17 Respecto de la cuantificación del daño es habitual en Juzgados y Tribunales la aplicación por analogía de la Ley 35/2015, obligatoria para la indemnización de accidentes de tráfico.

## V

### **Sobre la concurrencia del nexos causal y la supuesta infracción de la '*lex artis*'**

- 18 Expuestos así los requisitos generales de la responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito sanitario ya se puede valorar si, en atención a los hechos acreditados en el expediente y, de forma especial, a los informes técnicos emitidos, dichos requisitos concurren o no en el caso sometido a nuestro dictamen.
- 19 Para determinar si existe responsabilidad patrimonial, es imprescindible analizar si la asistencia se prestó conforme a la *lex artis ad hoc*. El criterio fundamental es la observancia o inobservancia de la *lex artis*
- 20 Los reclamantes alegan mala praxis por la no aplicación del protocolo de infarto, la no prestación del servicio de urgencias por un cardiólogo y el error en el diagnóstico como dolor torácico, siendo dada de alta con analgésicos.
- 21 Para valorar el fondo, se tienen en cuenta los informes del Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova y el Informe técnico de la Inspección Médica.

#### Conclusiones y resumen del informe del Servicio de Urgencias:

El informe emitido por el Servicio de Urgencias expone la sintomatología de la paciente, las pruebas realizadas y su resultado. Detalla, posteriormente, el protocolo de infarto y las circunstancias que deben darse para la activación del mismo.

##### 1. Ingreso y motivo de consulta

La paciente, de 65 años, ingresó en el Servicio de Urgencias a las 13:32 horas. Refirió un cuadro de dolor torácico de dos horas de evolución (inicio aproximado a las 11:30 horas), localizado en el pecho con irradiación hacia la espalda y el cuello.

- Sintomatología asociada: Inestabilidad con sensación de giro de objetos ("percepción de giro") y posible caída, aunque sin focalidad neurológica. También presentaba tos seca en los días previos, sin fiebre ni expectoración.
- Signos negativos: No se acompañaba de vegetatismo (náuseas, vómitos o sudoración profusa), disnea ni palpitaciones.
- Automedicación: La paciente manifestó haber tomado una aspirina antes de acudir al centro al sospechar de un posible problema cardíaco dados sus antecedentes.

## 2. Exploración física y constantes vitales

En el momento del triaje y la valoración inicial, las constantes de la paciente eran estables y correctas:

- Tensión Arterial (TA): 136/73 mmHg.
- Frecuencia Cardíaca (FC): 82 l.p.m..
- Temperatura: 36 °C.
- Saturación de Oxígeno (Sat O<sub>2</sub>): 96%.

La exploración física general, que incluyó la auscultación cardiopulmonar, fue descrita como normal, sin objetivarse signos de alarma ni datos patológicos. El dolor se describió como fijo, sin modificarse con el ejercicio.

## 3. Pruebas complementarias realizadas

Se practicaron de inmediato las siguientes pruebas para descartar un evento isquémico agudo:

- Electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones: Mostró un ritmo sinusal a 69 lpm, interpretado como normal y sin alteraciones del segmento ST o de la repolarización que indicaran isquemia.
- Analítica sanguínea completa:
  - Marcadores cardíacos: Troponina ultrasensible (TnUs) con un resultado menor de 3, cifra situada dentro del rango de normalidad casi tres horas después del inicio del dolor.
  - Bioquímica: Urea 27, Glucosa 125, Creatinina 0,8, Ácido láctico 1,1, Sodio 139, Potasio 4,3.
  - Hemograma: 13.200 leucocitos y PCR de 0,11.
- Gasometría arterial: pH 7,42, PO<sub>2</sub> 38, bicarbonato 25.

## 4. Evolución y tratamiento en urgencias

Ante la persistencia del dolor torácico, a las 15:02 horas se administró tratamiento analgésico y antiinflamatorio por vía intravenosa: Nolotil y Enantyum.

Tras la administración de la medicación, se registró una mejoría sintomática reflejada en la hoja de evolución a las 16:47 horas.

## 5. Diagnóstico y alta médica

A las 16:52 horas, tras constatar la normalidad de las pruebas y la mejoría del dolor con antiinflamatorios, se procedió al alta hospitalaria.

- Diagnóstico principal: Dolor torácico de probable origen osteomuscular.
- Tratamiento al alta: Se recomendó pauta analgésica y antiinflamatoria domiciliaria con Diazepam, Enantyum y Paracetamol.
- Instrucciones: Se indicó a la paciente que debía reingresar en Urgencias en caso de reaparición o empeoramiento del dolor.
- El servicio justificó la no activación del "Código Infarto" basándose en que la paciente no cumplía los requisitos clínicos ni electrocardiográficos necesarios (como la elevación del segmento ST en derivaciones contiguas o síntomas anginosos refractarios). La combinación de un ECG normal, una troponina negativa (<3) y la mejoría con analgesia

convencional llevó a descartar razonablemente un síndrome coronario agudo en ese momento.

El informe señala cuales son los requisitos clínicos y electrocardiográficos que no estaban presentes en esta paciente y que, de haberlo estado, hubiesen conllevado la activación del Código infarto (Sospecha de síndrome coronario agudo con elevación del ST).

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y en el electrocardiograma (ECG). Se considerarán diagnósticos de SCACEST (en un contexto clínico apropiado) aquellos que presenten alguno de los siguientes criterios:

- Elevación del ST en al menos 2 derivaciones contiguas (medida en el punto J y en ausencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo o bloqueo de la rama izquierda):
  - Si presenta elevación del ST en V2-V3 esta debe ser:
    - $\geq 2,5$  mm en los varones menores de 40 años.
    - $\geq 2$  mm en los de 40 años o mayores.
    - $\geq 1,5$  mm en las mujeres.
  - Si presenta elevación del ST en derivaciones distintas a V2-V3, esta debe ser  $\geq 1$  mm.
- Elevación del ST de 0,5 mm o más en derivaciones precordiales derechas (V3R y V4R) sugestivas de infarto de ventrículo derecho concomitante al infarto inferior.
- Elevación del ST de 0,5 mm o más ( $\geq 0,1$  mm en los varones mayores de 40 años) en derivaciones posteriores (V7-V9) sugestivas de infarto posterior (inferobasal). Suele coincidir con depresión aislada  $\geq 0,5$  mm del ST en V1-V3, especialmente cuando la onda T terminal es positiva (equivale a elevación del ST).

## 2. Otras presentaciones electrocardiográficas

Son también susceptibles de activación del Código infarto en un contexto clínico apropiado:

- Bloqueo de rama izquierda del Haz de His no conocido con síntomas de isquemia persistente o, si es conocido, con criterios de Sgarbossa:
  - Supradesnivelación concordante del ST  $\geq 1$  mm en las derivaciones con QRS positivo.
  - Descenso concordante del ST  $\geq 1$  mm en las derivaciones V1-V3 con QRS negativo.
  - Supradesnivelación discordante del ST  $\geq 5$  mm en las derivaciones con QRS negativo (V1-V3).
- Bloqueo de rama derecha agudo en contexto de síntomas de isquemia persistente.
- Paciente con ritmo de marcapasos (si el complejo estimulado cumple criterios de Sgarbossa, aunque es menos específico).
- Infarto posterior aislado: considerar descenso aislado ( $\geq 0,5$  mm) en V1-V3 y elevación del segmento ST ( $\geq 0,5$  mm) en derivaciones posteriores (V7-V9).
- Descenso del ST  $> 1$  mm en 6 o más derivaciones con elevación del ST en aVR y/o V1 en contexto de síntomas de isquemia persistente, especialmente si el paciente presenta deterioro hemodinámico.

## 3. Activación en ausencia de elevación del segmento ST (o de forma intermitente)

Se considerará la activación en pacientes que, aun sin elevación clara o persistente del ST, cursen con:

- Persistencia de los síntomas anginosos a pesar de tratamiento médico y clara elevación enzimática compatible con oclusión coronaria.
- Inestabilidad hemodinámica (shock cardiogénico), dolor torácico típico recurrente o refractario al tratamiento médico, arritmias malignas potencialmente mortales, complicaciones mecánicas del infarto o insuficiencia cardíaca aguda claramente relacionada con el evento isquémico, o parada cardíaca recuperada con alta sospecha de origen coronario.

El informe del servicio concluye que ni la clínica, ni el electrocardiograma ni la analítica cumplían los citados requisitos, por lo que junto con la mejoría del dolor se descartó un síndrome coronario agudo

### El informe de la Inspección Médica de D.ª [G] de 16 de enero de 2025:

El informe de la inspección médica analiza previamente los antecedentes cardíacos de la paciente que concreta en tabaquismo, habiendo sido remitida en 2018 a Cardiología por disnea con palpitaciones, realizándose distintas pruebas que concluyeron con estudio compatible con la normalidad. En 2019 acudió a Consultas de Cardiología con los resultados de ETT y Holter, apreciándose que no eran arritmias significativas. Se realizó Ecocardiograma de esfuerzo para descartar inducción de isquemia que concluyó con resultado negativo para isquemia con buena capacidad funcional. En el año 2021 en su MAP se realizó un ECG y RX que determinaron ritmo sinusal y RX de tórax normal.

Tras el examen de dichos antecedentes, de la historia clínica y del informe del servicio de urgencias, y de los requisitos para protocolo de activación del Código infarto, el Inspector Médico concluye que todos estos datos y resultados (...) lo correcto es pensar que no se trataba de un dolor isquémico y la actuación fue correcta al dejar al paciente en observación para ver la evolución del dolor, como así se hizo. Si bien hubiera sido aconsejable realizar una Rx de tórax posiblemente no habrían aportado cambios significativos que hubiera modificado la pauta.

No se consideró la activación del protocolo de Código Infarto porque no estaba indicada su activación ni la clínica, ni el electrocardiograma ni la analítica de la paciente cumplían los requisitos, por lo que la conducta adoptada fue la correcta.

Tampoco se puede afirmar si la paciente sufrió un infarto agudo de miocardio (IAM) después del alta médica y dado que la causa de la muerte, según informe forense, fue rotura cardíaca, esta complicación tiene una mortalidad casi del 100%.

Conclusiones Tras el examen de la documentación aportada, se entiende que la atención sanitaria recibida se ajustó a los cánones de calidad y atención establecidos a excepción de la no realización de una radiografía de tórax aunque ello no hubiera modificado la pauta de actuación ni el desenlace al sufrir posteriormente una rotura miocárdica.

- 22 A la vista de la todo lo expuesto no nos encontramos ante una infracción de la *lex artis*.
- 23 En primer lugar, los antecedentes cardiológicos de la paciente y las pruebas realizadas ante pequeñas arritmias o disnea sufridas desde el año 2018 dieron resultados favorables, dentro de la normalidad, sin que la paciente se encontrase medicada o en tratamiento por el servicio de Cardiología o Neumología. El 13 de enero de 2023 acudió al servicio de Urgencias donde se desarrolló una atención sanitaria que se ajustó a los cánones de calidad. La sintomatología, la clínica de la paciente y el resultado de las pruebas no evidenciaron la existencia de un síndrome coronario agudo. Recordemos que la asistencia médica se desarrolla sobre el presupuesto de un diagnóstico y que éste se emite y se basa en la valoración que hace el profesional médico a la vista de las circunstancias que presenta el paciente en un determinado momento y no antes. En concreto, tanto el electrocardiograma como la cifra de la troponina ultrasensible dieron un resultado de normalidad, habiéndose practicado tres horas más tarde del inicio del dolor, lo que unido a la mejoría de éste con analgésicos no opiáceos descartaron el síndrome agudo. Afirma la STS 1638/2014 (ECLI: ES:TS:2014:1638) que a la Administración sanitaria le es exigible «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 esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria» (FJ. 7).
- 24 La desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial obvia cualquier pronunciamiento en cuanto a las consecuencias interesadas por los reclamantes en relación con su solicitud de indemnización. En todo caso, debemos recordar que las cuantías reclamadas en virtud de la Ley 35/2015 del sistema de valoración para accidentes

de tráfico para los casos de fallecimiento incluyen el daño moral, por lo que, no debe solicitarse de manera independiente y añadida a la cifra solicitada para cada uno de los perjudicados.

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 los hijos, madre y hermana de D.<sup>a</sup> [E].