



DICTAMEN N.º 37 / 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 Departamento de Sanidad, sobre reclamación en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración autonómica, como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada a D. [A] por el Servicio Aragonés de Salud, en la que su esposa y sus cuatro hijos reclaman una indemnización de 400.000 euros.

De los ANTECEDENTES resulta:

Primero.- Con fecha 20 de diciembre de 2024, se presentó escrito firmado por la esposa y cuatro hijos de D. [A] y por el abogado [B] en su representación, por el que formula reclamación ante la Administración sanitaria dependiente del Gobierno de Aragón con fundamento en la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo y padre, en el caso de los hijos, por el Servicio Aragonés de Salud.

La reclamación de responsabilidad patrimonial por importe inicial de 400.000 euros se fundamenta en los siguientes hechos, sin perjuicio de ampliación en base al expediente administrativo y demás pruebas que se consigan:

«PRIMERO: a D. [A] en el año 2016 le identificaron una mancha en el páncreas, con consultas en el Centro de Especialidades Grande Covián de Zaragoza. Siendo el médico de cabecera el del Centro de Salud de Santa Isabel (Zaragoza).

Tras varias consultas, le dicen que no era nada y que no precisaba tratamiento.

SEGUNDO: sobre el año 2021, inicia problemas de estreñimiento y pérdida de peso, con consultas en el médico de cabecera.

TERCERO: el 30 de agosto de 2024 se cae al suelo y se fractura dos costillas, siendo atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

Allí identifican dos fracturas de costillas, pero ven algo en el páncreas. Po lo que le realizan más pruebas.

CUARTO: a la semana siguiente acude su hija D^a [C] a Consultas de Oncología del Hospital Royo Villanova, en donde le dicen que tenía un cáncer de páncreas en situación de metástasis.

La hija manifestó que ya en 2016, tenía manchas en el páncreas, pero no le hicieron ningún seguimiento.

QUINTO: el paciente falleció el 29 de noviembre de 2024.

SEXTRO: - respecto de la cuantía indemnizatoria, se fija inicialmente en 400.000 euros (según baremo tráfico, en relación con esposa e hijos que deja), sin perjuicio de su modificación según el expediente administrativo, nuevos informes médicos e informes periciales.

* A su vez, el artículo 67 de la ley 39/15 aclara esta circunstancia, así en la reclamación se deberá especificar la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, si fuera posible. Lo que evidencia la no obligación de exponer en la reclamación las circunstancias exactas de la cuantificación.

SÉPTIMO: la paciente no fue debidamente atendida, Sin perjuicio de defectos asistenciales, que surjan en el Expediente Administrativo y demás pruebas que se consigan, relacionados con: consentimiento informado, infecciones, etc...»

Tras los anteriores hechos, en la reclamación se exponen los fundamentos de derecho en los que se apoya, con cita del artículo 106 CE y de los distintos preceptos que regulan la responsabilidad patrimonial de la Administración en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento común de las Administraciones Públicas (LPAC), en relación con los aspectos de competencia y procedimiento, y en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas (LRJAP), en relación con el régimen aplicable a la responsabilidad de las Administraciones Públicas.

En particular, se considera interpuesta la reclamación dentro del plazo de un año desde que el daño lesivo se puso de manifiesto (artículo 67 LPAC), y que se cumplen los requisitos establecidos en el artículo 32 de la LRJAP para que se declare la responsabilidad, considerando que, en el presente caso, las lesiones, gastos, daños y perjuicios son consecuencia del funcionamiento de la Administración sanitaria por falta de habilidad y diligencia, con vulneración de la *lex artis*. También se fundamenta la reclamación en el criterio jurisprudencial de la pérdida de oportunidad en el tratamiento médico.

En cuanto a la indemnización, considera que se debe aplicar el baremo de los seguros obligatorios por aplicación del artículo 34 de la LRJAP cuya cuantía se deberá fijar en el procedimiento, con actualización más los intereses de demora y en la doctrina del daño desproporcionado.

Como medios de prueba se solicita:

- Para que se remita por Hospital Royo Villanova el completo historial del paciente.

- Para que se remita por Centro de Salud de Santa Isabel el completo historial del paciente.

- Para que se remita por Centro de Especialidades Grande Covián el completo historial del paciente.

- Protocolo de actuación del Servicio Aragonés de Salud en relación con la asistencia médica de la reclamación.

Acompaña su reclamación de documentación como DNI de los reclamantes.

Segundo.-Tras subsanar los reclamantes la acreditación de su parentesco con el paciente [A], mediante Orden de fecha 24 de enero de 2025, el Consejero de Sanidad acuerda admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y nombrar instructor del procedimiento.

Tercero.- Por oficios de fecha 30 de enero de 2025, se comunica a la correduría de seguros y a los reclamantes la incoación de la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Cuarto.- Por oficios de fecha 17 de febrero de 2025, la instructora solicita a la Dirección de Atención Primaria Sector Zaragoza I la historia clínica y seguimiento del paciente en el Centro de Salud de Santa Isabel. Y a la Gerencia Sector Zaragoza I le solicita la historia clínica del paciente en el Centro Grande Covián y en el Hospital Royo Villanova, e informe del Servicio de Oncología.

Quinto.- En respuesta a las peticiones del instructor se incorporan al expediente administrativo la historia clínica del paciente en el Centro de Salud de Santa Isabel y la historia clínica del paciente en el Hospital Royo Villanova respecto de las atenciones recibidas en los distintos servicios (Dermatología, Digestivo, Endocrinología, Medicina Preventiva, Neumología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Rehabilitación, Reumatología, Urología y Urgencias). Sobre el informe al Servicio de Oncología se indica que dicho servicio no ha participado en la asistencia prestada al referido paciente.

Sexto.- Con fecha 7 de abril de 2024 el instructor solicita informe del responsable del Servicio de Digestivo del HRV referente a la asistencia prestada al paciente objeto de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Séptimo.- Con fecha 9 de abril de 2024 se emite informe por el Jefe del Servicio de Digestivo del HRV, en los siguientes términos:

«1. Que, con fecha 16/02/2015, la Dra. [D], del Servicio de Neumología de este centro, le solicitó una TC de tórax para control de su cuadro de enfisema pulmonar-EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), y, en el mismo, de forma inesperada y asintomática, se detectó una lesión quística

de 22 mm en el cuerpo del páncreas, sugestiva de tumor intraductal papilar mucinoso. Ante dicho hallazgo, se consultó con el Servicio de Digestivo.

2. Que, con fecha 04/03/2015, el Dr. [E] (que, actualmente, ya no trabaja en este Servicio), el FEA del Servicio de Digestivo del CME Grande Covián en aquel momento, atendió al paciente y dejó escrito en su historia clínica (en papel): “el paciente fue presentado en el comité de tumores el día 20/02/2015 y se decidió únicamente seguimiento a través de TC de la lesión quística pancreática, ya que existen más riesgos que beneficios en proponer cirugía de la lesión pancreática. No es candidato a cirugía pancreática”, hecho del que, con toda seguridad, informó al paciente y acompañantes.

El Dr. [E] solicitó, a su vez, una TC de abdomen con contraste, que se realizó con fecha 09/04/2015, en la que se confirmó la existencia de una neoplasia mucinosa papilar intraductal de cuerpo y colon de páncreas, de tipo combinado, sin indicios de extensión ganglionar ni a distancia. Dejó constancia en la historia del paciente de que se le realizaría una colangio- RM de control en un período aproximado de 6 meses.

3. Que, en aquella exploración (RM de páncreas y colangio-RM), realizada con fecha 12/05/2015, se confirmaron dichos hallazgos, de tumor mucinoso papilar intraductal multifocal de tipo combinado, de 26 mm. Se volvió a dejar por escrito “Desestimada la cirugía. Control al año”.

4. Que, dentro del control y seguimiento habitual de dicha tumoración, con fecha 22/02/2016, se repitió aquella última exploración, en la que se informaba que la mencionada neoplasia intraductal quística mucinosa de cuerpo y cola de páncreas había aumentado ligeramente de tamaño, hasta los 37 x 20 mm. por un mayor contenido líquido intraquístico, lo que no cambiaba la actitud hacia el paciente.

5. Que, con fecha 06/04/2016, el Dr. [E] volvió a atender al paciente en consulta, refiriendo que estaba asintomático desde el punto de vista digestivo y que le daba el alta por su parte, puesto que se había desestimado categóricamente la cirugía.

6. Que el paciente tenía los referidos antecedentes de EPOC severo, que precisaba oxigenoterapia domiciliaria, de hasta 15 horas al día. En los últimos años, en octubre de 2022 y abril de 2025, había precisado de varios ingresos por exacerbación del mismo.

7. Que no es cierta la afirmación de que “tras varias consultas, le dicen que no era nada y que no precisaba seguimiento”, puesto que, como ya se ha indicado, en menos de un año, entre abril de 2015 y febrero de 2026, el Servicio de Digestivo le solicitó hasta tres pruebas de imagen de seguimiento de la mencionada neoplasia, una TC de abdomen y dos RM de páncreas- colangio-RM. En la historia del paciente, por supuesto, no consta tal afirmación, que sería totalmente improcedente, en ningún momento.

8. Que, precisamente por la situación respiratoria del paciente, con EPOC severo con reagudizaciones y necesidad de oxigenoterapia domiciliaria, y la edad del mismo en el momento de diagnosticarse la mencionada neoplasia, 75 años, y siguiendo las guías clínicas actuales (Fukuoka 2017), se valoró que el paciente no era candidato a ninguna intervención invasiva ni quirúrgica. El riesgo asociado a una resección pancreática en este contexto clínico se considera inaceptable, con una morbimortalidad potencial que superaría ampliamente cualquier beneficio esperado. En este tipo de caso, se recomienda una actitud conservadora y manejo sintomático, como así se hizo.

9. En la última TC de abdomen realizada al paciente, de fecha 26/09/2024, se describe el crecimiento, esperado, de la conocida neoplasia, de hasta 100 x 37 mm, con una masa de partes blandas que englobaba el tronco celiaco, sugestivo de infiltración.

10. El mes siguiente, en octubre de 2024, se volvió a presentar el caso clínico en el subcomité de tumores digestivos, en el que, tal como era de esperar, después de una evolución de más de 9 años, se descartó cualquier medida que no fuera sintomática y paliativa, pasando el paciente a Cuidados Paliativos (ESAD), a partir del día 9 de ese mismo mes (Dr. [F]). El paciente falleció el 29 de noviembre de 2024.

11. Después de relatar todo ello, creemos que no es aceptable la frase que consta en la documentación de que “el paciente no fue debidamente atendido”. Más no se pudo hacer por él, que tuvo una supervivencia de más de 9 años desde el momento del diagnóstico de la neoplasia quística pancreática, sobre la cual, desde el primer momento, nada curativo e invasivo se podía hacer.»

Por la misma razón, no estamos de acuerdo con la afirmación de que «existe, de manera indiscutible, la relación de causalidad entre los daños producidos y el funcionamiento de la Administración sanitaria», al contrario, la Administración sanitaria prestó toda la asistencia posible al mencionado paciente en todo momento.»

Octavo.- Con fecha 14 de abril de 2025 la instructora solicita informe a la Compañía de Seguros y el informe técnico a la Inspección médica.

Noveno.- Con fecha 13 de mayo de 2025 se remite informe pericial de la Compañía de Seguros suscrito por la Dra. [G] y el Dr. [H], ambos especialistas en Medicina del Aparato Digestivo, encargado por PROMEDE, del que debe destacarse las conclusiones periciales:

«1. Don [A] fue diagnosticado de forma incidental de una neoplasia quística pancreática sin características de malignidad en el año 2015, cuya única posibilidad curativa es una cirugía compleja no exenta de graves complicaciones. Además, Don [A] asociaba importantes comorbilidades, por lo que la decisión consensuada de un comité médico disciplinar desestimó la indicación de cirugía. El riesgo de una transformación maligna de la lesión se asumió como mucho menor al potencial riesgo de una intervención quirúrgica.

2. En 2015, las guías de la American Gastroenterological Association (AGA) recomendaban la vigilancia de los quistes pancreáticos con características de alto riesgo. Sin embargo, la evidencia sobre si la vigilancia mejora la supervivencia en pacientes con riesgo quirúrgico ASA IV es limitada y no concluyente. Las guías de práctica clínica son un instrumento informativo dirigido a aportar información a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas, pero las condiciones clínicas del paciente como en el caso de Don [A], pueden justificar formas de actuación diferente a las recomendaciones, anteponiendo el bienestar del paciente al encarnizamiento diagnóstico y terapéutico. Lo cierto es que, valorada a posteriori la historia clínica de Don [A], el paciente tuvo una supervivencia mayor de 10 años sin sintomatología achacable a su patología pancreática desde el momento del diagnóstico.

3. En el año 2024, Don [A], en el contexto de una caída por su situación basal de difícil movilidad, es diagnosticado de una neoplasia pancreática avanzada, con indicación de tratamiento paliativo, siendo finalmente *éxitus*.

CONCLUSIÓN FINAL

Por todo lo anteriormente referido, del análisis exhaustivo de la historia clínica de Don [A] se desprende que la actuación de los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, se ajustó en todo momento a la *lex artis ad hoc*.»

Décimo.- Por oficio de fecha de 24 de octubre de 2025, se comunica a la interesada la apertura del trámite de audiencia, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 82 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC, en adelante).

Y mediante escrito de 4 de noviembre de 2025 el representante del reclamante presenta escrito en el que confirma las posturas establecidas en el escrito inicial. Se indica que no se ha aportado al expediente la documentación que se ha solicitado (aunque no concreta cual). Se requiere de nuevo que se aporte el protocolo de actuación que tenga el Servicio Aragonés de Salud en estos casos. Y sobre la actuación médica documentada destaca que desde el 6 de abril de 2026 no se hace ningún seguimiento posterior sobre la existencia del cáncer, ni controles por pruebas de imagen que pudieran argumentar el cambio de tratamiento hacia el quirúrgico. Sin que se le diera esa oportunidad al paciente, ni se le informara para que él tomara la decisión de operarse. El informe de PROMEDE se indica que la guía de la AGA recomienda la vigilancia de los quistes pancreáticos de alto riesgo. Lo que no se hizo en este caso. También se reclama el informe de la Inspección Médica considerándolo fundamental en la tramitación del expediente administrativo. La petición del informe de la inspección médica se reclama de nuevo por los reclamantes con fecha 18 de noviembre de 2025 y una vez emitido, un nuevo trámite de audiencia.

Undécimo.- Obra en el expediente la propuesta de resolución de la instructora de fecha 30 de marzo de 2026, por la que se plantea desestimar la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue acorde con la *lex artis ad hoc* conforme a los informes del Servicio de Digestivo del HRV y del informe presentado por la compañía de seguros. Respecto del informe de la inspección médica se indica que constituye un medio de prueba de carácter potestativo, que se recaba únicamente cuando se entiende necesario para una adecuada valoración de los hechos. En el presente supuesto, a la vista de la documentación obrante en el expediente, no se aprecia la necesidad de su incorporación, al contar ya con elementos técnicos y periciales suficientes que permiten una resolución exhaustiva y rigurosa del procedimiento.

Duodécimo.- El Consejero de Sanidad solicitó del Consejo Consultivo de Aragón dictamen preceptivo, mediante escrito de fecha 1 de abril de 2026, registrado de entrada el día 7 de abril de 2026, adjuntando propuesta de resolución, copia del expediente administrativo y relación índice de los documentos que lo conforman.

CONSIDERACIONES JURIDICAS

I

Competencia del Consejo Consultivo

- 1 El artículo 15.10 de la Ley 1/2009, de 30 de marzo, del Consejo Consultivo de Aragón (LCCA, en adelante). determina el umbral a partir del cual es preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo en los casos de reclamaciones administrativas de indemnización de daños y perjuicios de más de 50.000 euros.
- 2 Atendiendo a la cuantía de la indemnización solicitada por la reclamante en 400.000 euros, el dictamen solicitado tiene carácter preceptivo.
- 3 De acuerdo con lo establecido en los artículos 19 y 20 de la LCCA, resulta competente la Comisión para la emisión del dictamen.

II

Procedimiento aplicable

- 4 El procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició por reclamación de fecha 20 de diciembre de 2024, por lo que resulta de aplicación la ya citada LPAC, así como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP, en adelante).

III

Cuestiones procedimentales

- 5 Los reclamantes cumplen los requisitos de **capacidad y legitimación activa** previstos en los artículos 3 y 4 de la LPAC, teniendo en cuenta que fundamenta la reclamación en la asistencia médica que recibió del Servicio Aragonés de Salud.
- 6 La **legitimación pasiva** corresponde a la Diputación General de Aragón, ya que el daño cuya indemnización se pretende fue supuestamente causado por un servicio sanitario prestado por el Sistema de Salud de Aragón.
- 7 La **competencia** para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial corresponde al Consejero de Sanidad, el titular del departamento competente por razón de la materia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 36.2 y 98.6 de la LRJSPAr y el artículo 33.3 LRJSP.
- 8 En relación con el **plazo** para reclamar, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que «los interesados sólo podrán solicitar el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuando no haya prescrito su derecho a reclamar. El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas».
- 9 El hecho lesivo que se reclama es el fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes que se produjo el 29 de noviembre de 2024, por lo que, al haberse presentado la reclamación de responsabilidad patrimonial el 20 de diciembre de 2024, podemos afirmar que el plazo de un año para reclamar no había prescrito.
- 10 La tramitación realizada por la Administración Autonómica ha consistido en la remisión del historial clínico de la paciente en su Centro de Salud y en el Hospital Royo Villanova, con el informe del Servicio de implicado, cuyo funcionamiento ha ocasionado la presunta lesión indemnizable y el trámite de audiencia a los interesados. Los reclamantes han dispuesto de todo el historial clínico y no han presentado pruebas en defensa de su reclamación. En su escrito de reclamación se solicitaba el completo historial clínico del paciente que se ha incorporado al expediente administrativo. Además, se ha aportado al expediente el informe pericial de la compañía de seguros suscrito por médicos especialistas en digestivo. No se ha solicitado por la instructora el informe de la inspección médica que, como indica en su propuesta de resolución, es un informe potestativo y no preceptivo. Únicamente es preceptivo el informe del servicio actuante de acuerdo con el artículo 81.1 LPAC, según el cual, «en el caso de los procedimientos de responsabilidad patrimonial será preceptivo solicitar informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, no pudiendo exceder de diez días el plazo de su emisión».
- 11 Ha transcurrido el **plazo máximo** de seis meses para **resolver** expresamente este procedimiento, por lo que los reclamantes podrían haber entendido que su reclamación ha sido desestimada por silencio administrativo. No obstante, 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

- 12 Por lo que se refiere a la normativa aplicable, ha de recordarse que en el Derecho español vigente la institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración, constitucionalizada en el art. 106.2 de la Constitución, atribuye a los particulares 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 de la LRJSP).
- 13 Los requisitos para que sea declarada la responsabilidad patrimonial de la Administración, según reiterada y pacífica formulación doctrinal y jurisprudencial del régimen de Derecho Positivo sobre la materia, pueden resumirse del siguiente modo:
- 1º) La producción de una lesión, en el sentido de daño antijurídico, que los reclamantes no tengan el deber jurídico de soportar.
 - 2º) Que la lesión sea evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
 - 3º) Que la lesión sufrida por los reclamantes sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa de causa a efecto sin intervención extraña que pueda influir en el nexo causal.
 - 4º) Que la lesión no se hubiera producido por fuerza mayor.
 - 5º) Que no haya prescrito el derecho a reclamar (cuyo plazo se fija legalmente en un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo).

V

Presupuestos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario

- 14 En cuanto al fondo del asunto, y siguiendo la doctrina consolidada y jurisprudencia sobre la materia a la que este Consejo Consultivo se ha referido repetidamente en sus dictámenes, no cabe duda de que en el ámbito de la sanidad la producción de responsabilidad administrativa no siempre está ligada a un fracaso en la actuación de los medios personales y materiales de la Administración, dado que en la sanidad asistencial el éxito no puede garantizarse nunca, 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.
- 15 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 tan sólo en caso de una infracción de esta ley cabrá 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

y han de ser soportados por el particular sin que generen, en modo alguno, el derecho a percibir una indemnización».

- 16 Y podemos destacar aquí la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo n.º 418/2018, de 15 de marzo (ECLI:ES:TS:2018:1084), que viene a resumir la jurisprudencia al respecto:

«(...) en reclamaciones derivadas de prestaciones sanitarias, la jurisprudencia viene declarando que “no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente” - sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril, 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010 -, por lo que “la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible” -entre otras, sentencias del Tribunal Supremo de 10 y 16 de mayo de 2005.

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 2012 declaraba:

“(...) debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (...).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis* (...).»

VI

Sobre la concurrencia o no de un daño antijurídico y prueba

- 17 Tras lo expuesto, se considera que debe plantearse si la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue la adecuada, de modo que pueda valorarse si nos encontramos o no ante hechos que constituyen un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste recogida en el artículo 32 de la LRJSP, y si fueron suficientes los medios con los que la asistencia sanitaria fue dispensada, dentro de los disponibles.
- 18 La parte reclamante fundamenta su pretensión en el hecho de que, una vez diagnosticada la lesión quística pancreática en el 2015 y descartada la cirugía por alto riesgo por el Comité de tumores, dada la edad y comorbilidad de paciente, y repitiendo el control de imagen en 2016 con un ligero aumento, pero descartando también la cirugía por los mismo motivos y dado de alta el paciente, considera que a partir de ese momento no se hace ningún seguimiento posterior sobre la existencia del cáncer, ni controles por pruebas de imagen que pudieran argumentar el cambio de tratamiento hacia el quirúrgico.

- 19 Frente a estas afirmaciones, obran en el expediente dos informes técnicos que, de manera unánime y coincidente, concluyen que la asistencia fue correcta: el informe del Jefe de Servicio de Digestivo del hospital Royo Villanova y el informe pericial elaborado por PROMEDE para la compañía aseguradora.
- 20 Los puntos de consenso de los anteriores informes pueden sistematizarse de la siguiente manera: actualmente, el único tratamiento aceptado de lesión quística pancreática es la resección quirúrgica, la cual supone una estrategia agresiva y más aún si consideramos que puede involucrar lesiones inherentemente benignas. El riesgo de una transformación maligna de la lesión se asumió como mucho menor al potencial riesgo de una intervención quirúrgica. La cirugía del páncreas comporta en la mayoría de los pacientes la presencia de complicaciones postoperatorias. Estas complicaciones suelen estar alrededor del 40-50%, y la mortalidad de estos procedimientos oscila entre un 1-5%. Si a esto se suma la existencia de una edad avanzada y comorbilidades graves como la enfermedad pulmonar crónica avanzada del paciente, el riesgo de la intervención quirúrgica aun es mayor. De hecho, desde el punto de vista anestésico, el paciente sería clasificado como ASA IV. La clasificación ASA IV se aplica a pacientes con una enfermedad sistémica severa que es una amenaza constante para la vida. La combinación de EPOC severa con un índice BODE de 6 y la necesidad de oxígeno domiciliario crónico ya indica una limitación significativa en la capacidad funcional del paciente. La adición de SAOS moderada aumenta aún más el riesgo peroperatorio debido a la mayor susceptibilidad a complicaciones respiratorias y cardiovasculares, como se describe en las guías de la American Society of Anesthesiologists (ASA). Además, la edad avanzada también contribuye a un mayor riesgo perioperatorio, ya que los pacientes mayores tienen una mayor probabilidad de complicaciones postoperatorias y una menor reserva fisiológica para manejar el estrés quirúrgico. El riesgo asociado a una resección pancreática en este contexto clínico se considera inaceptable, con una morbimortalidad potencial que superaría ampliamente cualquier beneficio esperado. En este tipo de caso, se recomienda una actitud conservadora y manejo sintomático, como así se hizo.
- 21 En cuanto al seguimiento del paciente, en menos de un año, el Servicio de Digestivo le solicitó hasta tres pruebas de imagen de seguimiento de la mencionada neoplasia, una TC de abdomen y dos RM de páncreas- colangio-RM. Y la evidencia sobre si la vigilancia mejora la supervivencia en pacientes con riesgo quirúrgico ASA IV es limitada y no concluyente. Y, en cualquier caso, lo cierto es que valorada a posteriori la historia clínica, el paciente tuvo una supervivencia mayor de 10 años sin sintomatología achacable a su patología pancreática desde el momento del diagnóstico. Además, como se ha indicado, el único tratamiento aceptado de lesión quística pancreática es la resección quirúrgica y el paciente no era candidato a ninguna intervención invasiva ni quirúrgica dada sus patologías y edad.
- 22 Ante la unanimidad y consistencia técnica de los informes aportados por la Administración, la parte reclamante se ha limitado a mantener sus afirmaciones iniciales, sin sustentarlas en prueba pericial alguna que contradiga el criterio experto. Por ello la pretensión indemnizatoria no se sostiene, huérfana de todo soporte probatorio técnico que permita desvirtuar la corrección de la praxis sanitaria, acreditada mediante los informes médicos que constan en el expediente.
- 23 La conclusión final es que la praxis médica fue correcta y no hubo ni pérdida de oportunidad en el tratamiento médico, ni daño desproporcionado derivado de la actuación médica.

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

Que se informa favorablemente la propuesta de resolución, por la que se plantea desestimar la reclamación en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria prestada a [A].