



DICTAMEN N.º 38 / 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, sobre reclamación en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, por la asistencia sanitaria supuestamente deficiente prestada a D.ª [A], motivo por el que solicita una indemnización de cuantía 236.568,89 euros.

De los ANTECEDENTES resulta:

Primero.- Con fecha 18 de enero de 2024, se presentó escrito firmado por D. [B], D.ª [C], D. [D], D.ª [E] y D.ª [F], por el que formulan reclamación por daños derivados de la calificada como incorrecta asistencia sanitaria, que le fue prestada a D.ª [A], por el Servicio Aragonés de Salud, por lo que reclaman una indemnización de 236.568,89 euros por falta de habilidad y diligencia médica, así como por pérdida de oportunidad.

En dicho escrito se manifiesta lo siguiente:

«PRIMERO.- Que Don [D] es el esposo y Doña [C] y Don [B] son los hijos de Doña [A] y, Doña [E] y Doña [F] son hermanas de Doña [A].

Doña [A] falleció el día 19 de enero de 2023, con 81 años de edad, estando hospitalizada en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza, considerando que existe relación causa-efecto entre cómo los profesionales sanitarios actuaron, obrando contra la *lex artis*, y el fallecimiento de Doña [A].

SEGUNDO.- Doña [A] el día 29 de diciembre de 2022, fue llevada por su hijo, Don [B], al servicio de urgencias del Hospital Royo Villanova, debido a que la Sra. [A] llevaba como una semana con un poco más de fatiga y cansancio en las piernas, síntomas parecidos a los que había tenido otras veces, pero esta vez al contrario que las anteriores no había ningún sangrado.

En otras ocasiones, al ir al baño se veía que había algo de sangrado, por lo que bajaba el nivel de hemoglobina y ocasionaba ir a urgencias y posterior ingreso; le retiraban el sintrón, para evitar la pérdida de sangre, transfusión y una vez reintroducido y estabilizada la pauta de sintrón, le daban el alta en el Hospital y a casa, solía ser sobre una semana.

Al llegar al hospital, era por la tarde, le realizan toma de constantes, radiografías, análisis... Al cabo de unas horas la doctora llamó al hijo y le explicó que su madre tenía exceso de potasio en la sangre, que había que ingresarla, por lo que después de monitorizarla la llevan a la sala de "boxes" hasta que tengan una habitación libre en planta.

El día 30 de diciembre de 2022 Don [B] acudió a la sala "boxes" en el horario permitido, a visitar a su madre, y comprueba que se encuentra bien, consciente como siempre y conversando perfectamente con ella, está monitorizada y con un gotero.

La doctora explicó al hijo que le han puesto un gotero a su madre con bicarbonato sódico para limpiar el exceso de potasio y que lleva una sonda, pero que la veía bien y que iba a estar en boxes hasta que dispusieran de habitación, concediéndole, por la noche, la habitación 239.

El día 31 de diciembre (Nochevieja), a la Sra. [A] le quitan, por mejoría, tanto el monitor como el gotero, sí que está sondada.

La enfermera manifiesta a su hijo que ya le han hecho análisis y que como ya está estabilizada le han quitado el gotero y el monitor y que habrá que esperar que pase el médico para quitarle la sonda, y que de la orden de levantar.

Sin embargo, va pasando el tiempo y no viene ningún facultativo.

A las 15:00 horas, Don [B] se dirige a control y vuelvo a preguntar a las enfermeras por el médico, le manifestó que suba a la planta tercera y que pregunte allí, que los médicos de medicina interna están en esa planta y son los que llevan a su madre.

Don [B] subió a la tercera planta, como le había manifestado la enfermera de la segunda planta, y al preguntar en control, una enfermera se dirigió a una habitación y al salir le manifestó: "que le ha dicho el médico que si hay alguna urgencia que pasará".

Ese día, según manifiesta la familia, ningún médico visitó a Doña [A], por tanto, esta señora no puede levantarse de la cama, ya que la enfermera no le dejaba hasta que no hubiera 'orden' del médico.

El día 1 de enero de 2023 (año nuevo), Doña [A] se queja a su hijo que ha dormido poco, por la posición y el dolor de espalda que, al estar en cama decúbito supino, le empieza a doler la cabeza y la espalda.

El hijo ante ello, se dirige a la enfermera para que le dé alguna medicación ésta llama al médico de guardia, que por teléfono le da autorización para poner paracetamol (a pesar de que paracetamol lo tiene en la hoja de tratamiento).

Ese día tampoco visita ningún médico a la Sra. [A]. Y, la enfermera manifiesta al hijo que, para poder quitarle la sonda, levantarla, cambiarle la dieta...tiene que autorizarlo un médico, que ella no puede hacer nada. Todo ello, a pesar de que la Sra. [A] se encuentra consciente y perfectamente (como estaba en casa antes de tener que acudir a urgencias).

El día 2 de enero, sigue sin pasar ningún médico y la Sra. [A] continua con dolores musculares.

El día 3 de enero, primer día laborable, al final de mañana por fin pasa el médico, manifestando que ella está supliendo a su compañera, que la compañera a la que suple es la doctora que llevará a mi madre, que ella solo la visitaba ese día.

Después, dicha médico suplente comenta que le va a cambiar dieta, quitar la sonda y por fin, da orden de levantarla al sillón que lleva muchos días sin levantar y no es bueno. Le quitan la sonda y cambian la dieta, hasta el día 4 no la levantan al sillón.

El día 4 de enero, Por fin pasa la Dra. [G] a visitar a Doña [A] y pregunta al hijo por los hábitos de su madre, informándole que, en casa ella andaba sola sin andador ni bastón, hasta la última semana del ingreso en el hospital que precisó bastón porque estaba más fatigada.

La Dra. [G] manifiesta al hijo la conveniencia que visite a su madre el médico rehabilitador, así como que debe tener en la habitación un andador para que empiece a ponerse de pie, y que cuando le dé el alta tendrá que ir a consulta del nefrólogo.

Sin embargo, manifiesta que la encuentra estable, la ve bien, animada, pero que las personas mayores al estar en cama pierden un 30% de masa muscular, y más en su caso, que al no visitarla el médico de planta ha estado 6 días en la cama, sin cambiar de posición.

Al manifestar Don [B] su malestar ante la doctora por dichos hechos, le manifiesta que presente una queja en el servicio de atención al paciente.

El Día 5: La doctora manifiesta al hijo que la ve bien y da la orden a las enfermeras de levantarla de la cama dos veces al día.

Del día 6 de enero (festivo) hasta el lunes, día 9 de enero, hasta las 18 horas, no es visitada por ningún médico en la planta.

Y, a las 18 h, de ese día 9 de enero, el Dr. [H] -Jefe de planta- manifiesta al hijo de la causante que, en el hospital llevan mucho retraso y por eso la demora.

Don [B] pregunta al Dr. [H] el motivo por el que tratan a su madre con orfidal, ya que su madre jamás lo ha tomado, y con Diazepam, que su madre si lo tenía prescrito en su hoja de tratamiento, pero hace años que no lo tomaba, ya que se lo prescribieron porque hubo que acudir varias veces a urgencias con taquicardias, la estabilizaban y la mandaban a casa. Siendo entonces cuando pautaron el Diazepam para que cuando le subieran las pulsaciones a más de 100, tomara en casa para tranquilizarse y evitar ir a urgencias, cosa que así se hizo.

Y ese problema, que no se sabía porque ocurría, tal como apareció un día al tiempo desapareció, sin más, y ya hace bastantes años que no ha hecho falta tornar el diazepam. El doctor no le dijo nada, pero a partir de explicárselo yo, ya no se lo dieron.

Día 10: La Dr. [G] le comenta a Don [B] que su madre tiene el riñón y el corazón estables, como antes del ingreso, que debería, a partir del alta, que ir a la consulta del nefrólogo y que también ha expuesto que el médico rehabilitador la valore e ir, en su caso, al Hospital provincial a iniciar la rehabilitación.

Día 11: Le transfunden sangre, como en otras ocasiones, al haber bajado los niveles. También, la visita el médico rehabilitador, pero no puede hacer la prueba con andador porque le están transfundiendo y, además curando un talón con una rozadura de haber estado tantos días en cama, que volverá la semana que viene.

Día 12 de enero: Doña [A] comienza a tener unas décimas de fiebre y le prescribe paracetamol y, posteriormente le cogen muestras para saber la causa de la misma.

Día 13: Descubren que es de una bacteria muy agresiva y exponen a la familia que deben pautar antibiótico y realizar una ecocardio para ver si está presente en las válvulas metálicas, y que habrá que hacer un ecocultivo.

Día 14: Le siguen poniendo el antibiótico, tiene la tensión baja, le visita el Dr. [I], cardiólogo que la trata en Grande Covian, y está de guardia le pone un aparato para subir la tensión exponen que le van a poner un antibiótico más fuerte,

Día 15: le sube tensión a Doña [A].

Día 16: Realizan la ecocardio, sigue pendiente el ecocultivo, y continúan prescribiendo antibióticos a la causante.

Día 17: La Dr. [G] informa al hijo de [A] que la bacteria no se ha adherido a las válvulas metálicas, que las constantes están bien, que le retirara la sonda y la bomba para la tensión porque ya está en su rango, que mandara que la levanten y que pasara el médico rehabilitador para valorar, que hay que seguir con antibiótico hasta tener los resultados de los cultivos 48/72h, que mañana pasara su compañera porque ella no está.

Día 18: A las 8.30 de la mañana le toma las constantes la enfermera y tiene 122 pulsaciones y 88 de saturación. La familia informa a la enfermera que su madre no está bien y que avise a un médico.

Dicha enfermera, ante ello, le sube a 4 el oxígeno pero la familia continúa insistiendo que, en otras ocasiones había tenido que llevar al servicio de urgencias a Doña [A] por tener 120 pulsaciones, le insisten que tiene taquicardia.

La familia preocupada insiste de nuevo a la enfermera para que avise a un médico, manifestando que cuando acabe de pasar su ronda de habitaciones lo llamará.

Ese mismo día, por casualidad, Doña [A] recibe la visita de una enfermera que es de su mismo municipio y que trabaja en otra planta del mismo hospital y procede a tomar el pulso manualmente, comprobando que tiene 114.

La familia avisa de nuevo a la enfermera para que llamen a un sobre las 11 acude la doctora, y manifiesta a la familia que ha observado que la enferma lleva un poco de líquido y pauta radiografía y medicación para bajar el ritmo, y poner más seguril, volver a sondar, y que la ira controlando.

Y a la hora de comer la doctora manifiesta a la familia que le han llamado del laboratorio y que han encontrado en la muestra otra bacteria agresiva y que puede ser contaminación cruzada, o que ya estuviera presente y no se hubiera detectado antes, que ante la duda hay que poner otro antibiótico específico para esa otra bacteria, además del que ya se le estaba poniendo. A media tarde ya informa a la familia que hará lo posible pero que la ve mal.

Día 19: sobre las 9 horas, la Dra. [G] manifiesta que está sorprendida por cómo había cambiado la situación, que ella el último día la vio bastante bien, pero que ya no se puede hacer nada.

Todos los hechos expuestos, llevan a la familia a considerar que no se siguieron los protocolos médicos y que se obró de forma contraria a la *lex artis*.

Que existieron en los sanitarios dejación de funciones, puede ser consecuencia de las fiestas de Navidad, ya que en condiciones normales y en fechas que no había coincidido con fiestas navideñas, al igual que había ocurrido otras veces en otros ingresos, al llegar a planta del hospital, el médico que esta al cargo, hace una primera valoración de la enferma y ya establece las pautas a seguir.

El hijo de la fallecida [B], manifiesta expresamente:

“si el día 31 por la mañana (esa noche habían subido a planta a mí madre) el médico que había hubiese ido verla, y dado que estaba estable, hubiera dicho que la levantarán, que le cambiarán la dieta y le quitarán la sonda (lo que pautaron el día 3), probablemente el primer día "laborable" de visita por la médico de medicina interna y, dado que por lo que ingreso ya estaba estabilizada, le hubiesen puesto sangre y en esa semana dado el alta, para no estar demasiados días en el hospital.

Pero claro el día 31 Nochevieja nadie quiere trabajar, ni el 1 ni el 2, y ya nos encontramos en el día 3 donde por fin pasa un médico y lo que se pauta es para el día 4, total casi 6 días inmovilizada en la cama, esto lo que ocasiona es la debilidad muscular, si además le sumamos la administración de diazepam y orfidal, tenemos como resultado que no puedan dar el alta, y ya [J] otros tres días sin pasar nadie, y de haber podido ser mandada a casa en la primera semana, a la larga la estancia prolongada ocasionó la infección bacteriana. Evitable si las cosas se hubieran hecho bien, como otras veces.

En primer lugar señalar que el médico debía de haberla visitado a su llegada en planta, y creo, que dicha negligencia dio lugar a todos los acontecimientos siguientes, El diazepam y orfidal que no debieron ser administrados, ayudaron a la debilidad muscular y prolongación del ingreso, y por último la actitud de la enfermera que no sabe reconocer una taquicardia, ni tampoco cuando un enfermo se encuentra mal, aunque otra persona se lo esté diciendo".

TERCERO.- La administración debe:

-Garantizar la atención sanitaria adecuada a las necesidades, de conformidad con lo previsto sobre prestaciones según las normas y praxis.

-Evaluar los síntomas y signos específicos del proceso para aportar, según los protocolos, los medios y recursos pertinentes y- poder establecer un criterio diagnóstico y diferencial, un tratamiento y un pronóstico.

-Evitar actuaciones/actitudes pseudopasivas, es decir, si bien se siguen "controles tipo prototipo estándar" ... temperatura, frecuencia cardíaca, control arterial, visualización externa, no se profundiza al menos suficientemente en aquellos otros síntomas, signos del informado/a presenta y/o refiere reiteradamente) y que el explorador-controlador del proceso (sea el nivel que fuere: médico, enfermero auxiliar...), no da la trascendencia debida..., y no busca diagnóstico-diferencial, explicación... pasando por alto datos fundamentales que no permitan, favorezcan o simplemente, no detienen un desarrollo patológico y que resulta fundamental en la evolución del proceso.

La buena praxis exige descartar patologías y complicaciones (frecuentes o infrecuentes, pero anómalas), con una exploración, pruebas correspondientes... medios-recursos y reflexiones... y no manteniendo una actitud pseudo-pasiva.

-Hacer seguimiento de la evolución (signos y síntomas, datos de laboratorio, pruebas de imagen asordes a las exploraciones y entrevistas) y confirmar que éste sea acorde" al diagnóstico de presunción, evaluando el proceso y poder establecer un criterio pronóstico que nos permitan tratar adecuadamente una enfermedad y/o complicación.

-Aportar todos aquellos recursos humanos, técnicos y materiales diagnósticos y/o terapéuticos que la medicina tiene al alcance y a su disposición para solucionar problemas de salud.

-Disponer del personal cualificado necesario (incluso en fiestas navideñas).

-Es evidente que sea la causa que fuere (y posiblemente en relación a la organización de los recursos sanitarios... periodo navideño).. se deben mantener adecuadamente las diferentes actividades asistenciales.

- Organizar de forma eficiente las pruebas en orden a realizar un diagnóstico adecuado y unas acciones asistenciales subsiguientes correctas.

En el ingreso hospitalario de la Sra. [A] no se realizó analítica diaria de electrolitos para evaluar los niveles de potasio, de bicarbonato, acciones de turosemida (seguril).

Y, ante la auscultación de la Doctora [G] a la Sra. [A] donde informa de reducción de murmullo vesicular pulmonar (lo que exige descartar la neumonía), y sin embargo, no consta demanda y/o realización de los controles de imagen oportunos (radiografías, TAC).

La Sra. [A] el 30 de diciembre de 2022, tenía un potasio normal, no estaba acidótica, había perdido peso (equivalente a una consecuente mejoría en su función cardíaca) y por tanto, para su edad, presentaba una aceptable situación clínica.

El día 2 de enero de 2023, tenía coagulación ajustada y se podía haber transfundido e ido a casa, (ya que se trataba de un paciente de alto riesgo por su edad y múltiple patología asociada).

Y, sin embargo, el personal sanitario no tuvo en cuenta los antecedentes. La pluripatología y fragilidad de la anciana y el riesgo, en esa situación, de mantenerla en el hospital más allá de 72 -86 horas.

No realizaron una valoración de riesgos, de su permanencia hospitalaria con evolución óptima de la hiperpotasemia por la que fue ingresada en el hospital.

Por tanto, consideramos que existe una relación causal por omisión entre la permanencia en el hospital y las complicaciones de tipo infeccioso que acabaron con el fallecimiento de la Sra. [A].

La Administración no ha asumido las responsabilidades asistenciales que le obliga la *lex artis*, ya que no ha trabajado con orden, siguiendo un protocolo con precaución y prevención de eventos que pudiendo derivar de la fragilidad de la anciana, de sus enfermedades base, complicaciones hospitalarias, etc.

Por tanto, ante la evolución favorable de la Sra. [A] tras las primeras 72-86 horas, no se plantearon las opciones específicas y oportunas en este caso, como era el alta a su domicilio.

Todos estos hechos constan recogidos y expuestos en el informe pericial realizado por el Doctor [K] que aportamos como Documento cinco, que acredita los hechos y la relación de causa- efecto, entre la actividad de la administración y el fallecimiento de Doña [A].

En el informe pericial del doctor [K] consta:

La actividad de la administración ha determinado un insuficiente pronóstico, estratificación del riesgo, con falta de seguimiento y poca diligencia, provocando una progresión con un daño desproporcionado por parte de quien es responsable del cuidado y cobertura asistencial.

Ha determinado un periodo en el que el proceso se generó, avanzó y el estado clínico de la paciente se deterioró hasta el fallecimiento, que se debía/podía haber evitado (o al menos intentado).

En el ingreso hospitalario del 29.12.22, la indicación de ingreso era, según *lex artis*, totalmente necesaria-aconsejable, pero no mantenerla una vez solucionada.

No se ha atendido a la situación concreta y personal es lo que debe primar en la asistencia.

Así mismo hay que hacer constar que ninguna de las complicaciones que han determinado el fallecimiento que han acontecido en esta enferma, como consecuencia de la omisión de actuaciones asistenciales, figura en la información.

En definitiva, el fallecimiento de la Sra. [A] es causa de la actuación, en este caso- por acción-omisión de los servicios sanitarios que obraron sin tener en cuenta las circunstancias concurrentes y en contra a la *lex artis*.

CUARTO.- El informe pericial suscrito por el doctor [K] concluye lo siguiente:

Que Doña [A]: Padecía un cuadro clínico multipatológico.

Que previamente al suceso, la informada-fallecida (y en relación al análisis de las consecuencias del mismo) realizaba una vida acorde o sus circunstancias vivenciales (salud, edad, conciencia...).

Previamente había sido asistida en múltiples ocasiones en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza.

Tenía cobertura asistencial a través del servicio Aragonés de salud- sufrió el 29.12.22 una complicación que requería asistencia médica y que esta actuación asistencial en sus primeras 72 horas fue correcta.

Que por tanto, y analizado el proceso, entendemos que se cumplen criterios de nexo entre causa (generadora del daño) y consecuencia (derivada de la causa), considerando:

Que consecuencia al ingreso hospitalario y una inadecuada praxis, sufrió efectos adversos; Ingresó consecuente a un protocolo terapéutico y domiciliario inadecuado en relación a sus enfermedades.

La existencia de lesiones agudas iatrogénicas: con nexo-cousal cierto (con evidencia clara entre una causa y las consecuencias), con una evitación del riesgo y pronóstico que no se precisó ni se estratificó.

Con nexo causal parcial por concausa concurrente por su patología previa que establecemos como:

- concausa anterior: previa a la causa que ha modificado, acelerando y/o agravando la evolución de proceso previo.

-concausa simultanea: Al coincidir dos hechos que agravan las consecuencias de la causa.

un Historial clínico previo ¡¡AL INGRESO!! con ausencia de patología infecciosa

con sintomatología ¡¡NUEVA!! De la que presentó en la evolución posterior con relación con el riesgo y la complicación hospitalaria.

La Administración, "quien es" garante de la asistencia, debería realizar una completa asistencia incluyendo una estricta vigilancia en aquellas situaciones (enfermedades ya establecidas o no, y/o con signos o síntomas existentes sospechosos o simplemente anómalos) que puedan hacer pensar en un riesgo manifiesto y/o potencial de un proceso patológico, ya que si no es así se está incumpliendo el deber de cautela y control que tiene encomendado, incurriendo en un "daño antijurídico" (aquel que el paciente no tiene obligación de soportar).

No se aportaron recursos precisos, específicos y acordes al proceso (según signos y síntomas).

No se estableció un pronóstico y tratamiento protocolario a tiempo, en forma ni por especialistas.

Con ello, el daño causado entra no solo en la calificación de negligencia médica por in aplicación de la *lex artis* dado el estado actual de la ciencia médica (que ofrece soluciones inmediatas para aliviar los síntomas de la paciente) sino que incurre en la calificación de pérdida de oportunidad en el sentido fijado en la sentencia del Tribunal Supremo núm. 1177/2016, de 25 de mayo.

Consideramos que ha existido una oportunidad perdida como la causante de un daño dado que concurre en el presente caso:

1- La Administración no ha realizado una actuación a tiempo respecto al proceso infeccioso ni en forma y fondo, al no realizar las pruebas diagnósticas como cultivo y antibiograma con especialistas, con tratamientos activos.

2- Existe una actuación médica impericia /negligente o no diligente que en condiciones normales no hubiese tenido lugar.

3- Existe un espacio de tiempo, fiestas navideñas, carente de actuación médica específica encaminada al tratamiento de su patología... Así, cuando se pospone un tratamiento médico asistencial sin causa justificada y da lugar a secuelas o a un mayor tiempo en el tiempo de recuperación, se está provocando un daño antijurídico del que la Administración debe responder.

4- Concurre una frustración de no haber conseguido la expectativa de curación o mejoría por no utilizarse los medios que están al alcance del sistema.

5- demora en un traslado a "su domicilio" puede ser considerada como generadora de una pérdida de oportunidad.

6-el retraso de un diagnóstico favorece el que no se pueda detener el desarrollo de una enfermedad parece subsidiario de aplicar la teoría de la pérdida de oportunidad.

7- La omisión de controles y pruebas necesarias supone una pérdida de oportunidad, La praxis médica y la *lex artis* exigen la adopción de cuantas pruebas médicas sean recomendables para una mejor atención en el tratamiento del enfermo, poniendo todos los medios al alcance para detectar con la mayor seguridad posible la causa del padecimiento.

En definitiva, es evidente que las actuaciones asistenciales (y la falta de realizar las adecuadas) han provocado un daño desproporcionado, el resultado lesivo, inapropiado y excesivo consecuente a una actuación médico-sanitaria en la que el lesionado no ha contribuido en la causa. su origen está en una defectuosa (negligente o poco diligente) actuación (por acción u omisión) o por impericia que en condiciones normales (siendo diligentes y adoptando medidas adecuadas), no hubiese tenido lugar.

QUINTO.- En el presente caso no concurre fuerza mayor ni los recurrentes tenían deber jurídico de soportar el daño causado. concurren de modo inequívoco los presupuestos de imputación al Estado de las responsabilidades por daños sufridos y la relación de causa efecto entre el hecho causante y éstos, lesión resarcible y cuantía que, de momento, se puede determinar por analogía con el baremo aplicable a los accidentes de tráfico.

se reclama en nombre del esposo de la fallecida. Don [D],

Por perjuicio básico, el importe de 108.313,47 euros.

Y como perjuicio patrimonial daño emergente, el importe de 476,10 euros.

Todo ello hace un importe total reclamado por el Sr. [D] de 108.789,57 euros.

se reclama en nombre del hijo de la fallecida. Don [B] el cual convivía con la fallecida

Por perjuicio básico, el importe de 23.805,12 euros.

Por perjuicio particular, (convivencia con la fallecida), 35.707,68 euros,

Y, como perjuicio patrimonial daño emergente, el importe de 476,10 euros.

Todo ello hace un importe total reclamado por el Sr [B] de 59.988,90 euros.

-Y, en nombre de la hija de la fallecida Dña. [C] se reclama

Por perjuicio básico, el importe de 23.805,12 euros.

Y, como perjuicio patrimonial daño emergente, el importe de 476,10 euros.

Todo ello hace un importe total reclamado por el Sra. [C] de 24.281122 euros.

-Así mismo, la hermana de la causante. Doña [E], reclama el importe de,

Por perjuicio básico, el importe de 17.853,84 euros.

Y, como perjuicio patrimonial daño emergente, el importe de 476,10 euros.

Todo ello hace un importe total reclamado por Doña [E] del importe de 18.329194 euros.

La hermana de la víctima, Dña. [F] reclama el importe de,

Por perjuicio básico, el importe de 17.853,84 euros.

Como perjuicio patrimonial daño emergente, el importe de 476,10 euros

Todo ello hace un importe total reclamado por Doña [F] del importe de 18,129,94 euros.

Y los herederos de la fallecida Dña. [A]

-el importe de 1.428,32 euros por perjuicio particular (16 días graves hospitalizada a 89,27 euros/día).

Perjuicio patrimonial- daño emergente- gastos diversos resarcibles- 5.421,53.

Importe total herederos. 6.849,32 euros.

(...).»

Acompañan a la solicitud fotocopias de los DNI y de los certificados de nacimiento de las hermanas de la difunta.

Segundo.- El 23 de febrero de 2024 el Jefe de la Sección de Asuntos Jurídicos comunica la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la correduría de seguros de la Administración, Aon, Gil y Carvajal, S.A., para su traslado a la aseguradora.

Tercero.- Por Orden de fecha 8 de marzo de 2024, el Consejero de Sanidad acuerda admitir a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y nombrar instructor del procedimiento.

Cuarto.- Por oficios de fecha 11 de marzo de 2024, se comunica a la correduría de seguros y a los reclamantes la entrada y la incoación de la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial así como la designación de la instructora.

Quinto.- Mediante escrito de fecha 20 de marzo de 2024, se solicita a la Dirección Gerencia del Sector de Zaragoza I la remisión de:

- Historia clínica obrante en el H Royo Villanova, incluyendo los resultados de los análisis bacteriológicos efectuados.

- Informe del servicio de Medicina Interna sobre los motivos de la reclamación que apuntan una actuación contraria a la *lex artis* como responsable del fallecimiento, considerando que la demora en la asistencia en los primeros días del ingreso, al no ordenar más precozmente cambiar la dieta, retirar la sonda vesical y levantar al sillón, lo que hubiese hecho innecesario el uso de calmantes y tranquilizantes para combatir las molestias del encamamiento prolongado y hubiese permitido transfundir el 3-1-2 con lo que la recuperación y el alta precoces hubiesen reducido las posibilidades de contraer la bacteriemia fatal.

La petición de informe es notificada a los reclamantes el mismo día, indicándoles la suspensión del plazo para resolver el procedimiento hasta la recepción de aquellos.

Sexto.- El 5 de abril de 2024 se emite informe por parte del Servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova (HRV) de Zaragoza del siguiente tenor:

«Primero. La paciente [A] ingresó el día 31/12/2022 desde el servicio de Urgencias con los diagnósticos de acidosis metabólica, INR fuera de rango, hiperpotasemia, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal crónica. Según consta en las anotaciones de enfermería las constantes estaban estables.

Segundo. La paciente era pluripatológica con insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y anemia crónica por pérdidas digestivas (ver escala de valoración del 05/06/2019) y tenía antecedentes de enfermedad de las válvulas mitral y aórtica de corazón, sangrados frecuentes y fractura de húmero. En esa misma fecha, por sus características, se valoró que la probabilidad de muerte oscilaba entre 21,5-31,5% al cabo de un año (índice PROFUND 3 puntos).

Tercero. El día 01/01/2023 la paciente refería dolor de espalda por la posición y porque ha dormido poco. Existía una prescripción de paracetamol "si precisa", y la enfermera con buen juicio preguntó al médico de guardia que recomendó su administración. Con respecto al mantenimiento de la sonda vesical, el control de la diuresis en la insuficiencia renal aguda es prioritario. A este respecto comentar que en los análisis realizados el día 03/01/2023, 5 días después de acudir a Urgencias la creatinina era 2,52 mg/dL con un filtrado glomerular de 17 ml/min, todo ello, en el contexto de hiperpotasemia, anemia hemolítica y LDH elevada. Esta actuación es conforme a la *lex artis* y además refleja una buena práctica clínica.

Cuarto. Según la historia electrónica, en anotación de enfermería del 02/01/2023 a las 10:03 horas, se comentó la situación de la paciente con el médico de guardia, que modificó la dieta y la pauta de

sintram. Según anotación de dicho médico, del 02/01/2023 a las 10:16 horas, se solicitó nuevo análisis de sangre para ese día y para el día siguiente.

Quinto. A lo largo de los días 03 a 05/01/2023 se retiró la sonda vesical y se comenzó a levantar a la paciente. Hay que reseñar que según consta en la historia de Urgencias, la paciente presentaba astenia intensa, mareos, debilidad en las extremidades inferiores y había presentado caídas sin pérdida de consciencia. Mantener el reposo en cama durante esos días fue una medida prudente para evitar nuevas caídas con posibles fracturas. Una vez comprobado que la anemia, la insuficiencia renal y la hiperpotasemia no se agravaban, la retirada de la sonda vesical y la movilización de la paciente fueron las medidas adecuadas y ajustadas a la *lex artis*.

Sexto. El día 05/01/2023 la paciente refiere disestesias en talones y la Dra. [G] consigna en historia la posible existencia de una neuropatía ajustando el tratamiento.

Además, por presentar taquicardia, se realiza electrocardiograma. Los días 6-8/01/2023 la paciente permanece estable según consta en las anotaciones de enfermería. El día 09/01/2023 se observa inicio de úlcera en talón izquierdo. Se administró diazepam conforme a lo establecido en la historia farmacoterapéutica de la paciente y tras el requerimiento de su hijo, se sustituyó por lorazepam a dosis bajas para evitar fenómenos perjudiciales por su retirada brusca.

Séptimo. Según consta en historia clínica, los días 10 y 11 de enero las Dras que atendieron a la paciente le comunicaron a su hijo las escasas perspectivas de mejoría. El día 11/01/2023 se produjo un empeoramiento de la situación respiratoria de la paciente con aumento de la anemia y se le transfundieron dos concentrados de hemáties. Durante la transfusión la paciente permaneció adormilada pero posteriormente mejoró respondiendo al médico de guardia con lenguaje coherente, presentado únicamente cierto temblor intencional. Se realizó un análisis de virus respiratorios que fue negativo. Ese mismo día, 11 de enero, fue valorada por Rehabilitación. El médico de este servicio informó a su hijo de la necesidad de una convalecencia prolongada y posible traslado para ello al Hospital Nuestra Señora de Gracia. Incluso, estableció que si tras la transfusión se observaba mejoría se iniciara la bipedestación con apoyo.

Octavo. El día 12 de enero se mantuvo estable durante la mañana, y por la tarde comenzó con fiebre alta de 39°C. Se solicitaron análisis, cultivos de sangre, orina y punta de catéter venoso y Rx de tórax y se inició tratamiento antibiótico. Al día siguiente 13/01/2023 se aisló un germen, *Staphylococcus aureus*, en sangre y punta de catéter, y se inició tratamiento con cloxacilina conforme con el antibiograma. La fiebre disminuyó a 37,6°C. El día 14/01/2023 empeoró bajando la tensión arterial y disminuyó la reactividad, por lo que se modificó el tratamiento. Seis horas más tarde fue visitada por el Dr [I], que la encontró consciente y coherente pero con hipotensión (60/30 mmHg) e inició tratamiento con bomba de dopamina y añadió otro antibiótico, daptomicina. Al cabo de dos horas remontó la tensión arterial a 114/49 mmHg. Al día siguiente, 15/01/2023, la paciente estaba con tensiones estables (137/69, 115/51 mmHg) y con buena diuresis (1600 mL durante la mañana). Los días 16 y 17/01/2023 se mantuvo estable, e incluso se le levantó al sillón. En los nuevos hemocultivos extraídos el día 16/01/2023 se aisló *Enterococcus faecium* y *Staphylococcus hominis* y *haemolyticus*.

Noveno. El día 18/01/2023 la paciente empeoró con aparición de diarrea, cuadro de insuficiencia cardíaca con signos de edema pulmonar y fibrilación auricular. A pesar del tratamiento la situación clínica se fue deteriorando comenzando la paciente con disconfort y sufrimiento, por lo que se administró morfina y posteriormente bomba de sedación paliativa en la agonía hasta el fallecimiento el día 19/01/2023 a las 14:10 horas. De todo ello se fue informando a los familiares tal y como consta en la historia clínica.

Décimo. No podemos aceptar las manifestaciones del hijo de la paciente con respecto a la posible retirada de la sonda vesical el día 31/12/2022, ya que, en ese momento, tal y como se manifiesta en el punto tercero el mantenimiento de la sonda vesical para controlar la diuresis era conforme a la *lex artis*. La debilidad muscular estaba presente desde antes del ingreso y le había provocado caídas, por lo que no puede achacarse al lorazepam y diazepam. Además, en ningún momento ha existido negligencia, dejación de funciones, actitud pseudopasiva ni mala praxis.

Undécimo. En todo momento se aplicaron los medios pertinentes. La paciente fue visitada por múltiples médicos, cuidada por enfermeras y auxiliares de enfermería y se aplicaron todos los medios necesarios e indicados en ese momento, tanto diagnósticos (análisis, cultivos, radiografías, electrocardiogramas ecocardiograma) como terapéuticos (sonda vesical, fluidoterapia, antibióticos, diuréticos, corticoides, oxígeno, dopamina, bomba de sedación, etc).

Duodécimo: Según análisis del 30/12/2023 a la 01:55 la paciente estaba acidótica (pH 7,29) y esto mejoró al cabo de unas horas. Sin embargo, el INR estaba fuera de rango (6,38 el día 29/12/2022 y 4,08 el 31/12/2022). La paciente era portadora de una prótesis metálica y tenía una anemia importante con hemoglobina 9,7 g/dL. Seis meses antes había tenido un hematoma importante en la pierna izquierda secundario al tratamiento anticoagulante. En este caso, lo prudente fue suspender el Sintrom, ajustar el

tratamiento y esperar a la estabilidad para reiniciar el mismo, y esto es lo que se hizo. Además, el día 03/01/2023 se realizó nuevo análisis observando un INR alto de 4,24, una LDH alta y una CK alta. Por tanto, la decisión de mantener hospitalizada a la enferma fue prudente y juiciosa.

Décimo tercero. No puede sostenerse la afirmación del Dr. [K] en su informe pericial de que hubo insuficiente pronóstico, estratificación del riesgo, falta de seguimiento y poca diligencia provocando un daño desproporcionado. En todo momento se intentó evitar el deterioro de la paciente y no ha existido pérdida de oportunidad ni acción-omisión del servicio de Medicina Interna que haya motivado el fallecimiento. Específicamente hay que señalar que no ha habido retraso en el diagnóstico, demora en el traslado al domicilio, omisión de controles y pruebas, negligencia ni impericia.

Décimo cuarto. El fallecimiento de la paciente se produjo como consecuencia de las complicaciones que, lamentablemente y con frecuencia, aparecen en la evolución de los pacientes con pluripatología».

Séptimo.- Por Orden del Consejero de Sanidad de fecha 13 de junio de 2024 se nombra nueva instructora del procedimiento notificándoselo a los reclamantes al día siguiente.

Octavo.- Mediante escrito de fecha 17 de junio de 2024, la instructora comunica a los reclamantes la recepción de la documentación solicitada y el levantamiento de la suspensión del plazo para resolver el procedimiento.

Noveno.- Por nota interior de fecha 17 de junio de 2024 se remite copia del expediente a la Inspección Médica para que se emita informe técnico.

Décimo.- La instructora dirige oficio de fecha 17 de junio de 2024 a la correduría de seguros, por el que se le da traslado de la documentación clínica recibida, para que por la aseguradora de la Administración se emita informe técnico sobre los hechos alegados.

Undécimo.- La correduría de seguros remite, por correo electrónico de 14 de julio de 2025, el informe pericial solicitado por la aseguradora de la Administración, a la asesoría médica PROMEDE, emitido en fecha 1 de julio de 2024 por tres médicos especialistas en Medicina Interna. Reproducimos a continuación parte del mismo:

«(...)

IV.- ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA PRAXIS MÉDICA

En el caso que nos ocupa se considera por parte de los reclamantes que el fallecimiento de la paciente fue consecuencia de la dejación de funciones en el contexto de las fiestas navideñas. No podemos compartir esta apreciación.

En primer lugar, debemos recordar que nos encontramos ante una paciente anciana con múltiples comorbilidades la mayor parte de ellas graves y con importante impacto sobre el pronóstico vital de la paciente.

La paciente consulta el 29 de diciembre de 2021 por un cuadro de deterioro de su situación basal realizándose una aproximación adecuada y comprobando la presencia de un deterioro de su función renal con hiperpotasemia que junto con su insuficiencia cardíaca justifica la clínica relatada por la paciente. De forma correcta y dada la complejidad de manejo de la enferma se opta con buen criterio por el ingreso hospitalario. Es valorada en Urgencias y tomadas decisiones en función del control evolutivo siendo ingresada finalmente en planta de hospitalización.

Los días 31 de diciembre, 1 y 2 de enero son festivos. Los días festivos la evaluación de los pacientes ingresados en planta depende del personal de enfermería, quienes en el caso que consideran necesario solicitan valoración por parte del facultativo. En este caso consta acreditado que así fue, la paciente fue evaluada de forma continuada por parte del personal de enfermería quien solicitó evaluación médica para el ajuste de tratamiento analgésico y del tratamiento anticoagulante, realizándose ambos por parte del personal médico. No existió por tanto dejación de funciones constando una adecuada valoración de la paciente durante los días festivos.

No se puede achacar al hecho de que esos días fueran festivos el curso evolutivo posterior de la paciente. El reposo mantenido durante el ingreso inicial era necesario por su situación clínica. No es posible achacar a dicho reposo la pérdida de capacidad muscular de la paciente pues como queda claramente acreditado en la documentación analizada dicha pérdida ya se encontraba presente con anterioridad al ingreso habiendo motivado el deterioro funcional progresivo de la enferma que hay que interpretar en la propia evolución de sus patologías de base. En el caso de la insuficiencia cardíaca podemos hablar de una situación compatible con lo que las guías consideran una insuficiencia cardíaca avanzada pues presenta entre otros síntomas graves y persistentes de IC que condicionan limitación muy importante de su actividad, concentraciones de proBNP elevadas, episodios de congestión que requieren dosis altas de diuréticos y/o combinación de diuréticos y deterioro grave de la capacidad de ejercicio de posible origen cardíaco(1). Así mismo como ya hemos dicho la insuficiencia renal crónica también resulta avanzada por la cifra de aclaramiento de creatinina <30 ml/min.

La decisión de mantener el ingreso más allá del 3 de enero es coherente con la situación clínica de la paciente, los resultados de los análisis de control que si bien mostraban una mejoría de los parámetros de función renal mostraban elevación del proBNP y de reactantes de fase, así como sobredosificación del tratamiento anticoagulante, lo que unido al declive funcional de la paciente hacían imposible en ese momento su manejo en domicilio. Así pues, la decisión de prolongar el ingreso no solo es correcta sino extraordinariamente prudente y en aras de salvaguardar a la paciente y a la propia familia que no podría asumir en condiciones de seguridad los cuidados de la enferma en domicilio. De hecho, el 5 de enero presenta taquicardia y el 7 hipotensión arterial que en caso de estar en domicilio hubiera requerido nuevo traslado al centro hospitalario.

Tampoco se puede achacar a la administración de benzodiazepinas el deterioro de la situación de la paciente. En primer lugar, porque eran fármacos que la paciente venía recibiendo con anterioridad a su ingreso (tomaba diazepam y lormetazepam) como parte del tratamiento sintomático que es el que hay que primar en una situación de insuficiencia cardíaca avanzada sin posibilidad de tratamiento invasivo como la que nos ocupa. Por otro lado, consta en la documentación analizada que cuando se produjo el empeoramiento de la paciente a partir del 11 de enero no estaba tomando el tratamiento con orfidal (lorazepam), benzodiazepina con parámetros farmacocinéticos parecidos a los del lormetazepam.

El deterioro de la paciente tenemos que relacionarlo con la propia patología de base, especialmente la presencia de una insuficiencia cardíaca con fallo de ventrículo derecho e insuficiencia renal crónica que establece un mal pronóstico de entrada y cuyo manejo terapéutico resulta muy complejo y con pocas expectativas de éxito, como ya se les planteó a los familiares, asociando síntomas de muy mal pronóstico como son la pérdida de peso no intencionada en los últimos meses, sin poder descartar la presencia de otro tipo de patología añadida (oncológica). Como ya hemos mencionado el deterioro funcional de la paciente se había iniciado previamente al ingreso y en nuestro criterio fue correcto informar a la familia, hoy reclamante, que no se iba a producir una recuperación funcional relevante no considerándose viable su regreso a domicilio, planteando la alternativa de traslado a hospital de crónicos y/o a residencia.

Al fallecimiento de la paciente contribuyeron la aparición de complicaciones fundamentalmente infecciosas durante su ingreso que dependen en buena medida de la necesidad de utilizar procedimientos necesarios en el manejo diagnóstico y terapéutico de esta paciente, así como en el hecho de que su propia patología de base la hace más susceptible a dichas complicaciones.

- Respecto a la bacteriemia por catéter, no podemos establecer con certeza que el origen de esta fuera el catéter periférico al no aportárenos los datos sobre el análisis cuantitativo o semicuantitativo realizado entre los hemocultivos de sangre periférica y los del propio catéter si bien la clínica y el germen aislado sugieren a este como fuente de dicha bacteriemia. El germen aislado es un colonizador habitual de la piel del ser humano y por tanto su adquisición no requiere su inoculación desde una fuente externa.

- En cuanto a la infección respiratoria, no podemos concretar el diagnóstico de neumonía al no poder confirmar con certeza la presencia de un infiltrado radiológico de nueva aparición. Como ya hemos señalado la mayor parte de infecciones del tracto respiratorio inferior nosocomiales dependen de los gérmenes localizados en la boca del propio paciente y desde luego en este caso no se puede relacionar con el hecho de que la paciente que compartía habitación ella presentara una infección respiratoria, pues no se ha aislado un germen que pueda asociarse con ese tipo de transmisión.

- Finalmente, en cuanto a la presencia de bacterias en la orina no podemos confirmar que correspondan a una auténtica infección pues la paciente no manifestó sintomatología urinaria. En todo caso la sonda urinaria se encontraba indicada para el control de la diuresis en el contexto clínico de la paciente(15) y se retiró la misma de forma adecuada en cuanto fue posible (si bien posteriormente y con el empeoramiento final presentado fue necesario volver a colocarla). El germen aislado E. coli multisensible es un colonizador habitual del ser humano y por tanto tampoco requiere su inoculación desde una fuente externa.

- Respecto al aislamiento de un estafilococo coagulasa negativo y un Enterococcus faecium en los hemocultivos obtenidos el 16 de enero, no se ha podido descartar que correspondan a contaminantes, en todo caso una vez más son gérmenes constitutivos de la microbiota del ser humano y por tanto no requieren su adquisición desde una fuente exógena.

V.- CONCLUSIÓN

Del estudio de la documentación aportada se entiende que la asistencia prestada a D^a [A] fue correcta, no dependiendo el fallecimiento de la paciente de una inadecuada praxis médica».

Duodécimo.- El 20 de diciembre de 2024 se emite informe por la Inspección Médica del que destacamos lo siguiente:

« (...)

6º) JUICIO CRÍTICO

(...)

Según contestación a la solicitud de aclaración por parte del Inspector Médico que suscribe al Jefe del Sº de Medicina Interna del HRV de fecha 5/14/2024 se señala como aspectos más relevantes:

1ª) ¿Existe alguna norma que recomiende que durante los días festivos todo paciente tenga que ser visto por el médico de guardia por el proceso que le mantiene ingresado?; en el caso de que no exista tal norma ¿de qué forma se cumple que para todo paciente ingresado se le preste la atención médica adecuada durante los días festivos?

• “Sobre la atención a los pacientes en días festivos le remito a la normativa vigente, que usted ya conoce, sobre horario de trabajo y prestación de atención continuada de los profesionales del Sistema Aragonés de Salud.”

2ª) En el caso concreto de la paciente D^a [A] ¿es cierto, como manifiesta el hijo, que los días 31/12/2022, 1/1/2023, 2/1/2023, 6/1/2023, 7/1/2023 y 8/1/2023 la paciente no fue vista en ningún momento por ningún médico?

• “El día 31/12/2022 la paciente ingresó en situación estable. El día 01/01/2023 la paciente fue atendida por la Dra. [L] que a las 11:10 realizó la nota de ingreso, el día 02/01/2023 fue atendida a las 10:16 por la Dra. [M]. Los días 06/01/2023, 07/01/2023 y 08/01/2023 la paciente estaba estable, tal y como consta en la historia clínica electrónica.”

3º) En la reclamación se manifiesta que el 31/12/2022, tras iniciar el tratamiento de su acidosis metabólica e hiperpotasemia y comprobar mejoría, se le quita a la paciente tanto el monitor como el gotero, pero no se le quita la sonda vesical ¿qué motivo existía para retirar el monitor y el gotero pero no la sonda vesical? ¿Por qué le retiran la sonda el 3/1/2023 y no el 31/12/2022?

• “Con respecto al mantenimiento de la sonda vesical, como ya comenté, en la contestación previa, en los análisis realizados el día 03/01/2023, 5 días después de acudir a Urgencias, la creatinina era 2,52 mg/dL con un filtrado glomerular de 17 ml/min, todo ello, en el contexto de hiperpotasemia, anemia hemolítica y LDH elevada. En esa situación el mantenimiento de la sonda vesical es conforme a la *lex artis* y además refleja una buena práctica clínica.”

4º) Según manifiestan en la reclamación, ¿por qué no se le dio el alta hospitalaria en la primera semana de enero si la paciente se encontraba mejor?

• “Con respecto a no dar el alta en la primera semana de enero de 2023 (días 2 a 8 de enero). A lo largo de los días 03 a 05/01/2023 se retiró la sonda vesical y se comenzó a levantar a la paciente. Hay que reseñar que según consta en la historia de Urgencias, la paciente presentaba astenia intensa, mareos, debilidad en las extremidades inferiores y había presentado caídas sin pérdida de consciencia. El día 05/01/2023 la paciente refiere disestesias en talones y la Dra. [G] consigna en historia la posible

existencia de una neuropatía ajustando el tratamiento. Además, por presentar taquicardia, se realiza electrocardiograma. En este contexto lo prudente y adecuado era mantener ingresada a la paciente.”

5º) ¿Desea añadir alguna cosa más sobre este caso concreto en relación a la literatura médico-científica, los protocolos de actuación existente y la praxis seguida?.

No consta.

Según contestación a la solicitud de aclaración por parte del Inspector Médico que suscribe a la Dirección Médica y Subdirección Médica del HRV de fecha 5/14/2024 se señala como aspectos más relevantes:

1ª) ¿Existe alguna norma que recomiende que durante los días festivos todo paciente tenga que ser visto por el médico de guardia por el proceso que le mantiene ingresado?; en el caso de que no exista tal norma ¿de qué forma se cumple que para todo paciente ingresado se le presta la atención médica adecuada durante los días festivos?

“No consta norma que diga que todo paciente en día festivos, deba ser atendido por el médico de guardia, si bien cualquier alteración de la evolución normal del proceso por el que está ingresado, debe ser comunicado por la enfermera responsable al facultativo de guardia, quien procederá de la forma que considere oportuna, a fin de asegurar la atención más adecuada al paciente.”

2º) ¿Desea añadir alguna cosa más sobre este caso concreto en relación a la literatura médico-científica, los protocolos de actuación existente y la praxis seguida?

No consta.

A todo ello, se deben añadir una serie de concreciones que, en virtud de la evidencia científica existente, implican una serie de matizaciones de especial importancia a todo lo manifestado anteriormente:

Se entiende por riesgo en la atención sanitaria a la probabilidad de que se produzca un resultado negativo consecuente a una determinada intervención. De la anterior definición se colige que cualquier intervención sanitaria conlleva un riesgo, por pequeño que sea éste y, por ende, no existe ningún tipo de intervención sanitaria sin riesgo. Además, todo cuadro clínico conlleva una evolución clínica en función del tiempo, que, en muchas ocasiones, va modificando tanto el proceso como el tipo de tratamiento; así, los tratamientos indicados en un momento determinado tras una determinada valoración, pueden ser distintos en otro momento determinado de la evolución, sin por ello conllevar esto ningún tipo de equivocación o error, ni ninguna alteración susceptible de deficiente atención sanitaria. Más aún, ante el mismo proceso, distintos profesionales pueden decantarse por distintas intervenciones sanitarias (médicas y/o quirúrgicas) sin conllevar ningún tipo de error ni mala praxis. Por otro lado, hay que señalar que para cada proceso clínico que valoran los médicos en su ejercicio, y todavía más en el caso de las indicaciones de intervenciones quirúrgicas, siempre se tiene en cuenta el criterio de prioridad de intervención, es decir, la clasificación de los pacientes en tres grupos: ordinarios, preferentes y urgentes; el hecho de pertenecer a cada uno de estos grupos lo establece el médico responsable del paciente en función de las siguientes variables en cada momento del proceso: diagnóstico del proceso que afecta al paciente, estado de salud del paciente y modificación del resultado del estado de salud por la intervención a realizar. Como vemos por el relato de los hechos y en los distintos informes de la Historia clínica (y en las distintas ocasiones en que fue atendido el paciente), se observa que la atención sanitaria ha sido correcta en todo momento; prueba de ello es:

En primer lugar, señalar que, como queda reflejado en los distintos informes incluidos en la copia de la Hª clínica y aportados por el paciente, ha sido atendido correctamente en todas las ocasiones en que ha intervenido el Sistema Sanitario.

En segundo lugar, la reclamación presentada por los familiares señala tres posibles puntos conflictivos que son:

Por un lado, la tardanza en retirar la sonda vesical como posible causa de su sepsis; a esto hay que señalar que, aunque podría habérsela retirado el 31/12/2022 (cuando se le retira el gotero) se prefiere mantenerla y retirarla el 3/1/2023 (debido a la hiperpotasemia – como señala el informe del Jefe de Servicio de Medicina Interna- y otros datos de laboratorio propios de la insuficiencia renal crónica). Sobre esta decisión hay que señalar que en este tipo de pacientes crónicos pluripatológicos (antecedentes de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, anemia tanto por la prótesis valvular metálica como por pérdidas digestivas-, anticoagulada, HTA, fibrilación auricular) y de elevada edad no existe un dato único que permita decidir con exactitud cuándo retirar la sonda vesical; bien es cierto que en el Documento del Ministerio de Sanidad de Noviembre-2015 que trata sobre “Recomendaciones sobre la prevención de la infección urinaria asociada a sondaje vesical” se señala que la retirada debe ser lo más precoz posible dentro del contexto de la clínica del paciente, es decir, que no se mantenga de forma innecesaria la sonda

vesical por la probabilidad de infección del trato urinario (que no se detectó en esta paciente puesto que no aparece en ninguno de los informes citados); además, también se señala en este informe que la complicación más frecuente asociada al mantenimiento de la sonda urinaria es la bacteriuria y que sólo con una probabilidad muy baja se asocia a bacteriemia; a esto podemos añadir que, como se ha señalado antes, no aparecieron datos de infección urinaria en la paciente y, por otro lado, entre la fecha de retirada de la sonda vesical (3/1/2023) y la aparición de signos de bacteriemia (12/1/2023) transcurren los suficientes días como para pensar que es altamente improbable que la infección pueda derivarse de haber mantenido la sonda hasta el día 3/1/2023. Además, en las Recomendaciones del Ministerio de Sanidad –citadas anteriormente– se reconoce que el sondaje vesical está asociado a la infección del tracto urinario (que como hemos dicho no se objetivó en ningún informe en este caso). Además, otro dato que habla en contra de la relación del sondaje vesical (que se retiró el 3/1/2023) y la infección posterior (que se presentó el 12/1/2023), es lo señalado en el informe específico del Jefe de S^o. de Medicina Interna del HRV que en el punto octavo dice que el día 12/1/2023 “la paciente comenzó con fiebre alta de 39°C. Se solicitaron análisis, cultivos de sangre, orina y punta del catéter venoso y Rx de tórax y se inició tratamiento antibiótico. Al día siguiente se aisló un germen, *Staphylococcus aureus*, en sangre y punta del catéter”. Es decir, según los datos microbiológicos hay que suponer que el origen de la infección de la paciente no es urinario, sino que se debe muy probablemente a la contaminación del catéter venoso, como demuestra que es allí donde se aisló el germen productor de la infección.

Por otro lado, la reclamación también hace referencia al posible déficit de atención sanitaria al no ser visitada por ningún médico durante algunos días (en concreto, según cita la reclamación fueron los días 31/12/2022, 1/1/2023, 2/1/2023, 6/1/2023, 7/1/2023 y 8/1/2023, todos días festivos). Respecto a este punto, el médico inspector que suscribe solicitó aclaración sobre el asunto tanto al Jefe de S^o que aunque es cierto que contestó de forma ambigua (señalando que “Sobre la atención a los pacientes en días festivos le remito a la normativa vigente, que usted ya conoce, sobre horario de trabajo y prestación de atención continuada de los profesionales del Sistema Aragonés de Salud”) y, por tanto, no aclarando adecuadamente la pregunta requerida, también realizó la misma pregunta a la Dirección Médica y Subdirección Médica del HRV sobre si existía alguna norma escrita sobre si los pacientes ingresados durante los días festivos deben ser atendidos por el médico de guardia, contestaron. No consta norma que diga que todo paciente en día festivos, deba ser atendido por el médico de guardia, si bien cualquier alteración de la evolución normal del proceso por el que está ingresado, debe ser comunicado por la enfermera responsable al facultativo de guardia, quien procederá de la forma que considere oportuna, a fin de asegurar la atención más adecuada al paciente”. Como vemos, aunque no es la forma óptima de prestar la atención sanitaria a los pacientes ingresados en los días festivos, no es menos cierto que se garantiza en todo momento que, ante cualquier clínico detectado en el paciente ingresado –en este caso, cualquier alteración sobre el proceso de salud del paciente es detectado por el personal de enfermería, que está continuamente los tres turnos del día y los 365 días del año, comunicándose al médico de guardia que procederá de la forma que considere más adecuada.

Por último, en la reclamación se señala que porque no se le dio de alta hospitalaria antes, es decir, en la primera semana de enero, el Jefe de S^o contesta: “Con respecto a no dar el alta en la primera semana de enero de 2023 (días 2 a 8 de enero), a lo largo de los días 03 a 05/01/2023 se retiró la sonda vesical y se comenzó a levantar a la paciente. Hay que reseñar que según consta en la historia de Urgencias, la paciente presentaba astenia intensa, mareos, debilidad en las extremidades inferiores y había presentado caídas sin pérdida de consciencia. El día 05/01/2023 la paciente refiere disestesias en talones y la Dra [G] consigna en historia la posible existencia de una neuropatía ajustando el tratamiento. Además, por presentar taquicardia, se realiza electrocardiograma. En este contexto lo prudente y adecuado era mantener ingresada a la paciente”. Como vemos no se le dio de alta antes porque se consideró que determinados aspectos de su salud requerían un estudio más en profundidad que obligaba, dada su patología y estado clínico, a seguir manteniéndola ingresada.

- Por último, tras el examen de la documentación clínica, queda claro que la atención sanitaria recibida por el paciente ha sido la correcta en las diversas ocasiones que ha sido atendido por el Sistema Sanitario, independientemente de la evolución del proceso y el fatal desenlace.

8º) CONCLUSIONES Y PROPUESTA Todo parece indicar que, a pesar de los distintos problemas de salud y el fatal desenlace, la atención sanitaria recibida se ajustó a los cánones de calidad y atención establecidos para estos casos.»

Décimo tercero.- El 12 de mayo de 2025 se concede trámite de audiencia a los reclamantes remitiéndoles toda la documentación que obra en el expediente.

Los reclamantes no presentan ninguna alegación.

Décimo cuarto.- Obra en el expediente la propuesta de resolución 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*.

Décimo quinto.- 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 La disposición final tercera de la Ley 5/2021, de 29 de junio, de Organización y Régimen Jurídico del Sector Público de Aragón (LRJSPAr) modificó el artículo 15.10 de la Ley 1/2009, de 30 de marzo, del Consejo Consultivo de Aragón (LCCA, en adelante). La reforma entró en vigor el 2 de octubre de 2021 y modificó 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», que pasa de 6.000 a 50.000 euros según la cuantía de la indemnización solicitada.
- 2 Atendiendo a la fecha de inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial (18 de enero de 2024) y a la cuantía de la indemnización solicitada (236.568,89 €), 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 18 de enero de 2024, por lo que resulta de aplicación la 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, esposo, hijos y hermanas de la fallecida, ostentan la condición de interesados, en cuanto titulares de un interés legítimo, artículo 4.1.a) LPAC y artículo 32.1 LRJSP, como familiares directos de la persona fallecida a consecuencia, supuestamente, del funcionamiento del servicio público sanitario.
- 6 La legitimación pasiva corresponde a la Diputación General de Aragón, ya que el daño cuya indemnización se pretende fue supuestamente causado en un centro hospitalario.
- 7 La competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial corresponde al Consejero de Sanidad, titular del departamento competente por razón de la materia, de acuerdo con lo previsto en los artículos 36.2 de la LRJSPAr.
- 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 Los hechos o actos que, a juicio de los reclamantes, ocasionaron los daños con resultado de muerte tuvieron lugar desde el 29 de diciembre de 2022 a 19 de enero de 2023, por lo que podemos afirmar que el plazo de un año para reclamar no había prescrito en el momento de presentar la reclamación en aplicación del artículo 30.4 LPAC.
- 10 En lo que respecta a la cuantía de la indemnización se eleva a 236.568,89 € y se ha justificado por los reclamantes aplicando el baremo previsto en la Ley 35 /2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a personas en accidentes de circulación.
- 11 El artículo 67.2 de la LPAC dispone que la reclamación 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». Esta disposición, que deriva del artículo 32.2 de la LRJSP, resulta lógica y, por tanto, 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). Así lo confirma, por lo demás, la doctrina y la jurisprudencia.
- 12 Por lo demás, la tramitación realizada por la Administración Autonómica 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.
- 13 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

- 14 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 artículo 106.2 de la Constitución, atribuye a los particulares el 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 (artículo 32 de la LRJSP).
- 15 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

- 16 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 sanitario 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.
- 17 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, Dictamen 114/2017, de 6 de

junio, Dictamen 150/2023, de 20 de septiembre) 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».

18 Y podemos destacar aquí la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo nº 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

19 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.

- 20 Para llegar a una conclusión sobre el fondo, se considera necesario analizar y valorar los hechos acreditados en el expediente y, de forma especial, los informes emitidos, dado el carácter técnico que los mismos tienen.
- 21 Los reclamantes sostienen dos motivos para presentar su reclamación: la falta de habilidad y diligencia por parte de los profesionales médicos que asistieron a la paciente y la pérdida de oportunidad de recibir la atención adecuada y, como consecuencia última, un daño desproporcionado: su fallecimiento.
- 22 Al procedimiento se han incorporado los siguientes documentos: Historias clínicas de la paciente obrante en el Hospital Royo Villanova; el informe emitido por el Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova de fecha 5 de abril de 2024; informe emitido por la Inspección Médica de fecha 20 de diciembre de 2024 e informe de los especialistas en Medicina Interna consultados por la aseguradora de la Administración de fecha 1 de julio de 2024. Todos ellos coinciden en que la asistencia prestada al paciente fue acorde con las reglas de la buena práctica médica.
- 23 Por su parte, los reclamantes acompañan su solicitud de un documento médico o informe pericial que concluye que existió una infracción de la *lex artis ad hoc*.
- 24 Analicemos el primero de los motivos expresados en el escrito inicial de reclamación, el relativo a la falta de habilidad y diligencia por parte de los profesionales médicos que asistieron a la paciente.
- 25 En concreto los reclamantes sostienen que hubo desatención médica al coincidir el ingreso en periodo navideño que impidió una valoración y seguimiento oportunos; se le mantuvo puesta la sonda hecho que pudo ser el causante de la sepsis, se le obligó a la realización de un reposo prolongado y se le administraron fármacos sin indicación clínica. Asimismo el retraso en el alta hospitalaria contribuyó a la complicación infecciosa y al deterioro del estado de la paciente.
- 26 Respecto de la alusión al posible déficit de atención sanitaria al no ser visitada por ningún médico durante algunos días festivos, obran en el expediente informes emitidos por el Jefe de Servicio de Medicina Interna del HRV y de la Dirección Médica y Subdirección del HRV en los que indican que no existe norma que obligue a que todo paciente en días festivos deba ser atendido por el médico de guardia, si bien cualquier alteración de la evolución normal del proceso por el que está ingresado, debe ser comunicada por la enfermera responsable al facultativo de guardia quien debe proceder de la forma que considere oportuna, a fin de asegurar la atención más adecuada al paciente.
- 27 Respecto del mantenimiento de la sonda vesical, todos los informes médicos coinciden en afirmar que no hubo tardanza en su retirada y que su mantenimiento contribuyó al control de la diuresis y que no fue la causante de la sepsis ya que de los datos microbiológicos existentes hay que suponer que el origen de la infección de la paciente no fue urinario sino que se debió muy probablemente a la contaminación del catéter venoso, como lo demuestra el hecho de que es allí donde se aisló el germen productor de la infección.
- 28 Respecto del reposo prolongado los informes indican que fue lo prudente dado que la paciente presentaba astenia intensa, mareos, debilidad en las extremidades inferiores y que con anterioridad había presentado caídas sin pérdida de consciencia.
- 29 Respecto de la administración de fármacos (benzodiazepinas) y el retraso en concederle el alta hospitalaria, los informes advierten que ya se le administraban dichos fármacos a la

paciente con anterioridad a su ingreso como parte del tratamiento sintomático que es el que debe primar en una situación de insuficiencia cardíaca avanzada sin posibilidad de tratamiento invasivo. La decisión de mantener el ingreso de la paciente fue coherente con la situación clínica de la misma, los resultados de los análisis de control, si bien mostraban una mejoría de los parámetros de la función renal también reflejaban una elevación del proBNP y de reactantes de fase, así como una sobredosificación del tratamiento anticoagulante, lo que unido al declive funcional de la paciente imposibilitaba en ese momento su manejo en domicilio.

- 30 Los informes señalan que el deterioro de la paciente estaba relacionado con su propia patología de base, especialmente la presencia de una insuficiencia cardíaca con fallo de ventrículo derecho e insuficiencia renal crónica que estableció un mal pronóstico de entrada y cuyo manejo terapéutico resultó muy complejo y con pocas expectativas de éxito como ya se les informó a los familiares.
- 31 Podemos afirmar, al amparo de lo expresado en los diversos informes, que la actuación de los profesionales del servicio público de salud y la atención recibida fueron correctas, independientemente de la evolución del proceso y del fatal desenlace. Todos los informes incorporados al expediente destacan que se actuó de conformidad con la *lex artis*.
- 32 Tampoco se puede aceptar, como pretende la reclamante, y entramos aquí en el segundo de los motivos alegados, que en este caso se haya producido una pérdida de oportunidad. La doctrina de la pérdida de oportunidad en el ámbito de la prestación sanitaria se refiere 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 a la paciente de oportunidades de curación o de minoración de secuelas.
- 33 Como exige la STS de 18 de julio de 2016, rec.4139/2014, ha de concurrir una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podía haber determinado, razonablemente, un resultado distinto.
- 34 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 y en informe pericial presentado por los interesados.
- 35 Tampoco puede sostenerse que concurren las circunstancias para la aplicación de la doctrina del daño desproporcionado porque como indica la sentencia del T.S n.º 165/2026, de 4 de febrero:«(...) las sentencias 247/2016, de 12 de abril; 828/2021, de 30 de noviembre; 731/2025, de 13 de mayo y 1581/2025, de 5 de noviembre, compendian la jurisprudencia de esta sala sobre el concepto de daño desproporcionado en el ámbito de la responsabilidad civil médica: la doctrina del daño desproporcionado o enorme, entendido como aquel suceso no previsto ni explicable en la esfera de la actuación del profesional médico que le obliga a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Se le exige una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia. La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el *onus probandi* de la relación de causalidad y la presunción de culpa (...)». Esta doctrina también se ha aplicado en el ámbito de la responsabilidad patrimonial administrativa.

- 36 Aplicando dicha doctrina al supuesto analizado constatamos como el fallecimiento de la paciente no constituye un resultado desproporcionado si se tiene en cuenta la patología previa de la paciente: era pluripatológica con insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica y anemia por pérdidas digestivas; tenía antecedentes de enfermedad de las válvulas mitral y aórtica de corazón, sangrados frecuentes y anticoagulada, es decir, no se trata de un resultado inexplicable o aislado del cuadro previo de la paciente por lo que, aunque lamentable, no puede ser calificado como desproporcionado en el sentido exigido por la jurisprudencia.
- 37 En conclusión, la valoración conjunta de las pruebas que obran en el expediente, reseñadas en los antecedentes, que se han citado y reproducido, permite concluir a este Consejo que no se ha acreditado la existencia de infracción de la *lex artis ad hoc*, ni la pérdida de oportunidad por lo que no concurre el daño antijurídico necesario para que la pretensión de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada pueda prosperar.

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 incorrecta asistencia sanitaria prestada a Dña. [A].