



## DICTAMEN N.º 40 / 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 prestada a D. [A], motivo por el que sus familiares reclaman una indemnización de 300.000 euros.

### De los ANTECEDENTES resulta:

**Primero.-** El 5 de febrero de 2025 tuvo entrada en el Registro del Departamento de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración presentada por D. [B], en su nombre y en el de su madre, D.ª [C], bajo defensa y representación letrada de D. [D] por la deficiente atención prestada a su padre y esposo en el Hospital Ernst Lluch de Calatayud, centro dependiente del Servicio Aragonés de Salud, en relación con la atención médica prestada con ocasión de una neumonía, solicitando como consecuencia una indemnización de TRESCIENTOS MIL EUROS (300.000 €) por indebido tratamiento, lo que a la postre llevó al fallecimiento del paciente.

Mediante escrito del Consejero de Sanidad de 1 de abril de 2026, con entrada en el registro de este Consejo Consultivo el 7 del mismo mes, se solicitó dictamen preceptivo.

**Segundo.-** Aparecen los siguientes documentos integrados en el expediente, debidamente indexados y foliados:

- Escrito y documentación presentada por los reclamantes (folios 1 a 9, 10 a 53, 62 a 71 y 367 a 369),
- Historia clínica del paciente obrante en el Hospital Ernst Lluch (folios 76 a 101, 102 a 175 y 176 a 363),
- Informe, de fecha 11 de marzo de 2025, emitido por el jefe de la Unidad de Emergencias del Hospital Ernst Lluch (folio 78),
- Informe emitido por el jefe del Servicio de Medicina Interna en funciones del Hospital Ernst Lluch (folios 174 y 175),
- Informe, de fecha 23 de abril de 2025, emitido por la Dra. [E], especialista en geriatría, de Profesionales de la Medicina y el Derecho (en adelante, PROMEDE) (folios 373 a 384)
- Informe técnico, de fecha 5 de junio de 2025, emitido por la Inspección Médica (folios 385 a 389).
- Propuesta de resolución de 30 de marzo de 2026.

**Tercero.-** En el escrito de reclamación se manifiesta lo siguiente:

«PRIMERO: D. [A] [...] estaba ingresado en la Residencia [X] (Zaragoza). Teniendo 85 años de edad y diagnóstico de Alzheimer.

SEGUNDO: el día 28 de septiembre e 2024, ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Ernst Lluch de Calatayud a causa de dificultad para tragar y fiebre, con posible atragantamiento.

Incluso, se informó al personal médico que la dentadura del paciente no aparecía en la Residencia de la que procedía.

TERCERO: realizadas diversas pruebas médicas, de cuello para abajo, no se evidencia la causa del estado del paciente.

Estado que a su vez iba empeorando cada día. El paciente tenía mucha dificultad para tragar, a la segunda cucharada ya no podía tragar, por lo que se quedaba sin comer. A su vez, se quedaba casi sin respiración, con broncoaspiración en el propio hospital. Implicando una neumonía bilateral.

CUARTO: finalmente, ante la insistencia de la familia sobre la ausencia de la dentadura, se hace una Fibrolaringoscopia el 8 de octubre de 2024.

El resultado es la aparición de la dentadura del paciente, sita en la base de la lengua con moco adherido. Procediéndose a la extracción, mediante laringoscopia y pinzas de Magill, bajo sedación.

QUINTO: debido al retraso en el diagnóstico y su consecuente retraso en la extracción, precisó quedar ingresado en el hospital hasta el 6 de noviembre de 2024. Además, a su salida le quedó la secuela de la disfagia, que empeoraba su estado de salud.

SEXTO: finalmente, el paciente falleció el 12 de diciembre de 2024 tras nuevo ingreso hospitalario en el Hospital San Juan de Dios de Zaragoza. A causa de la neumonía que arrastró desde el anterior ingreso hospitalario».

La cuantía de la indemnización se apoya en días ingreso hospitalario, días de afectación y secuelas (50.000 euros) y días de ingreso hospitalario, fallecimiento y gastos de funeral (250.000 euros).

Como fundamentos jurídicos de la reclamación se alega «Falta de habilidad y diligencia», «Criterio de la Pérdida de Oportunidad en el tratamiento médico» y «Doctrina del resultado desproporcionado y responsabilidad objetiva».

Acompaña a la reclamación diversa documentación administrativa, acreditando la legitimación de los reclamantes y el otorgamiento de poderes en favor del abogado que los ha representado en el procedimiento.

**Cuarto.-** El 18 de febrero de 2025, mediante Orden del Consejero de Sanidad, se admite a trámite la reclamación, lo que se notifica a la aseguradora de la Administración y a la reclamante, Berkshire Hathaway Insurance, a través de la Correduría de Seguros Aon Gil y Carvajal, S.A.

**Quinto.-** Admitida a trámite la solicitud de reclamación de responsabilidad patrimonial, se inicia la instrucción del procedimiento de conformidad con el artículo 75 y siguientes LPAC, incorporando al expediente, entre otros, los siguientes documentos de interés:

- Escrito y documentación presentada por los reclamantes (folios 1 a 9, 10 a 53, 62 a 71 y 367 a 369),
- Historia clínica del paciente obrante en el Hospital Ernst Lluch (folios 76 a 101, 102 a 175 y 176 a 363),
- Informe emitido el 11 de marzo de 2025 por el jefe de la Unidad de Emergencias del Hospital Ernst Lluch (folio 78),
- Informe del jefe del Servicio en funciones de Medicina Interna del Hospital Ernst Lluch (folios 174 y 175),
- Informe, de fecha 23 de abril de 2025, emitido por la Dra. [E], especialista en geriatría, de Profesionales de la Medicina y el Derecho (en adelante, PROMEDE) (folios 373 a 384)
- Informe técnico, de fecha 5 de junio de 2025, emitido por la Inspección Médica (folios 385 a 389).
- Propuesta de resolución de 30 de marzo de 2026.

**Sexto.-** De acuerdo con la propuesta de resolución, de la documentación obrante en el expediente se desprenden los siguientes hechos:

«Paciente de 85 años de edad, con antecedentes personales de probable tumor papilar mucinoso intraductal de rama (TPMI), valorado por el servicio de digestivo y manejado de forma conservadora de común acuerdo con la familia dada su situación basal y la ausencia de sintomatología; antecedente de adenocarcinoma de sigma pT2pN0M0 intervenido mediante resección anterior de recto por laparoscopia en marzo de 2021, con colonoscopia de control en junio de 2022 sin lesiones sugestivas de malignidad, observándose únicamente hemorroides internas; antecedente asimismo de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 tratado con radioterapia radical en 2019, suspendiéndose el bloqueo androgénico en 2021. Presenta además incontinencia urinaria, demencia muy grave tipo Alzheimer, osteoporosis establecida,

hernia discal lumbar y gonartrosis bilateral con episodios de artritis. Entre sus antecedentes quirúrgicos constan hernioplastia inguinal izquierda, intervención de menisco izquierdo hace más de 30 años, cirugía por hernia discal cervical y resección anterior de recto laparoscópica realizada el 26/03/2021.

Desde el punto de vista funcional era una persona dependiente en todas las actividades básicas de la vida diaria; desde el punto de vista cognitivo presentaba demencia muy grave y episodios confusionales agudos y desde el punto nutricional, contaba con dieta de disfagia.

El 28 de septiembre de 2024 acudió al servicio de urgencias del HEL por fiebre y disnea, con tos, expectoración, odinofagia y diarrea. Refiere atragantamiento a la ingesta de puré y paracetamol. Ante la sospecha de broncoaspiración, se decide ingreso del paciente en la unidad de agudos.

Durante el ingreso se solicitó colaboración con otorrinolaringología (ORL) y digestivo para descartar la presencia de cuerpos extraños a nivel de vía aérea superior o tubo digestivo, puesto que la familia del paciente advirtió de la desaparición de una prótesis dentaria. El 8 de octubre de 2024 fue explorado por el especialista que detectó una pieza metálica en la base de la lengua cuya extracción y exploración completa resultaba complicada por localización y falta de colaboración. Se decidió su extracción mediante laringoscopia de anestesia y pinzas de Magill bajo sedación, sin incidencias, previa firma del consentimiento informado oportuno y exposición de la situación a la familia del paciente.

Tras ello, y el tratamiento inicial del episodio infeccioso respiratorio con antibioterapia dirigida, el paciente presentó una mejoría respiratoria significativa, permitiéndose la retirada parcial del soporte ventilatorio.

Días más tarde, el paciente desarrolló un nuevo episodio de broncoaspiración con infiltrados radiológicos compatibles, reaparición de la fiebre e insuficiencia respiratoria leve. Se inicia un segundo ciclo de antibioterapia, presentando nueva resolución del cuadro, aunque persistiendo una insuficiencia respiratoria parcial.

El 6 de noviembre de 2024 es dado de alta con pauta de oxigenoterapia continua domiciliaria; con soporte y seguimiento por el equipo de soporte de atención domiciliaria para orientar, guiar y facilitar unos cuidados paliativos de calidad.

Doce días después de su regreso al centro sociosanitario, el paciente fue nuevamente derivado al hospital por un nuevo episodio de broncoaspiración, requiriendo ingreso en planta de hospitalización de agudos con soporte ventilatorio. Ante la situación de enfermedad avanzada (demencia grave, disfagia neurógena con broncoaspiraciones recurrentes, múltiples ingresos recientes y marcada limitación funcional), y tras valoración conjunta con el equipo de soporte domiciliario y la familia, se acordó su traslado al Hospital San Juan de Dios para atención en la unidad de cuidados paliativos, con el objetivo de priorizar medidas de confort.

El paciente fue trasladado el 26 de noviembre, donde recibió cuidados paliativos orientados al control de síntomas y al confort en la fase final de su enfermedad, ajustándose el tratamiento a su situación clínica y con la conformidad de la familia. Finalmente, falleció el 12 de diciembre de 2024».

**Séptimo.-** Está incorporado al expediente Informe, de fecha 11 de marzo de 2025, emitido por el jefe de la Unidad de Emergencias del Hospital Ernst Lluch de Calatayud, el que procede destacar los siguientes extremos:

«no se documentó de forma explícita en el informe de urgencias la realización de una inspección detallada de la vía aérea superior. Sin embargo, no existieron en ningún momento signos clínicos de obstrucción de la vía aérea».

«A lo largo de la atención en Urgencias, el paciente tampoco presentó evidencias de compromiso inmediato en la función respiratoria que requirieran medidas extraordinarias de intervención en la vía aérea superior. Es importante señalar que la falta de mención explícita de la exploración de la vía aérea superior no debe interpretarse necesariamente como un error de procedimiento, dado que el cuadro respiratorio del paciente no mostraba signos evidentes de obstrucción que lo hicieran urgente. La confirmación del diagnóstico y la necesidad de intervención quirúrgica se realizó en el seguimiento posterior en planta de hospitalización, cuando la pieza del puente dental fue detectada».

**Octavo.** También se ha incorporado al expediente el Informe emitido por el Jefe del Servicio de Medicina Interna en funciones del Hospital Ernst Lluch, que se transcribe parcialmente:

«El día 28 de septiembre ingresa por fiebre, expectoración, disfagia, odinofagia [dolor de garganta al tragar fluidos] y diarreas de una semana de evolución en residencia. Se inicia aislamiento de contacto por cultivo de SARM en úlceras infectadas. Se diagnostica de neumonía bilateral y se inicia tratamiento con antibioterapia de amplio espectro considerando neumonía por aspiración debida a disfagia por su enfermedad neurológica avanzada, causa principal y más frecuente en estos pacientes con enfermedad de Alzheimer. En ingreso previo se pautó dieta triturada y líquidos con espesantes por disfagia. Además de la antibioterapia para la neumonía, se administra tratamiento empírico de posible candidiasis orofaríngea como otra causa de disfagia en este tipo de paciente; no pueden explorar bien la boca por falta de colaboración del paciente. Presenta mejoría, aunque lenta, los primeros días tanto clínica, con mejores saturaciones de oxígeno, de temperatura, como mejoría radiográfica de control de los infiltrados. Mejoría reflejada también por los comentarios de la familia acompañante. Inicia aceptable tolerancia a ingestas orales a partir del 6 de octubre.

Sin embargo, ante los comentarios de los familiares de que no aparecía una pieza dental protésica se solicita colaboración por especialista en otorrinolaringología el día 8 de octubre para explorar la vía orofaríngea, imposible de realizar por la rigidez del paciente con nula colaboración.

La especialista en otorrinolaringología con gran dificultad, según refleja en el evolutivo del día 8, consigue ver por fibrolaringoscopia la pieza metálica en la base de la lengua (o hipofaringe) con moco que no consigue extraer con pinzas y que extraerá en quirófano con anestesia ese mismo día. El resto de la laringe está normal y libre. La exploración indicada para visualizar la base de la lengua (situada en hipofaringe), donde el paciente tenía el cuerpo extraño adherido fue una fibrolaringoscopia. En una exploración básica de la boca no se alcanza a visualizar».

**Noveno.-** Así mismo, aportado por la aseguradora de la Administración, se ha incorporado al expediente el Informe, de fecha 23 de abril de 2025, emitido por la Dra. [E], especialista en geriatría, de Profesionales de la Medicina y el Derecho (PROMEDE).

«...se desconoce el momento exacto en el que el paciente se tragó la prótesis dental, y por tanto no es posible determinar bajo qué supervisión sucedió el accidente, lo que impide atribuir responsabilidad concreta a ningún profesional sanitario ni establecer un vínculo causal entre dicho evento y la evolución clínica posterior.

El cuerpo extraño fue retirado mediante desobstrucción mecánica el día 8 de octubre, objetivando una evolución favorable posterior del cuadro infeccioso, con disminución progresiva de las secreciones, mejoría ventilatoria y descenso de los requerimientos de oxigenoterapia.

Todavía mientras permanecía ingresado, el paciente desarrolló un segundo proceso infeccioso independiente, caracterizado por nuevos infiltrados pulmonares, fiebre e insuficiencia respiratoria, en un contexto de disfagia orofaríngea grave por demencia avanzada. Este episodio fue clínicamente distinto y no puede vincularse al atragantamiento mecánico inicial con el puente dental, ya que el cuerpo extraño había sido retirado y el proceso previo resuelto. Este segundo cuadro debe interpretarse como una complicación esperable en el contexto clínico de un paciente con disfagia neurógena severa, fragilidad avanzada y deterioro cognitivo terminal, con riesgo basal elevado de broncoaspiraciones recurrentes y reinfecciones respiratorias, tal como recogen ampliamente la bibliografía geriátrica y las guías clínicas de manejo paliativo.

Respecto al alargamiento del tiempo de ingreso, supuestamente achacable al hecho reclamado según lo descrito en la demanda, es importante aclarar que no puede atribuirse a un retraso diagnóstico ni a una omisión asistencial, sino que fue consecuencia directa de la complejidad clínica del paciente, con múltiples complicaciones intercurrentes propias de su situación basal: episodios de delirium, desnutrición, disfagia, estreñimiento severo, lesiones cutáneas por presión y la aparición del nuevo proceso respiratorio ya comentado. La prolongación de la hospitalización respondió, por tanto, a criterios clínicos justificados y al seguimiento estrecho que exigía la evolución médica del paciente, sin que exista evidencia alguna de una demora evitable en su abordaje diagnóstico o terapéutico.

El hecho de que tras el alta permaneciera únicamente doce días en la residencia antes de precisar un nuevo ingreso hospitalario por insuficiencia respiratoria, confirma el pronóstico limitado y la alta necesidad de soporte médico continuado, lo que valida la pertinencia del enfoque paliativo adoptado, centrado en el confort y la proporcionalidad terapéutica.

Desde el punto de vista médico-legal, no puede establecerse una relación de causalidad cierta, directa ni total entre la actuación del equipo médico y el fallecimiento del paciente. Aplicando los criterios de causalidad de la doctrina de Simonin, se observa que no se cumple el criterio etiológico, ya que el fallecimiento no se produce como consecuencia directa del atragantamiento con el puente dental, sino tras la resolución de ese episodio y en el contexto de un nuevo proceso respiratorio, independiente y posterior. Tampoco se cumple el criterio cronológico, pues entre ambos episodios transcurre un periodo sin sintomatología atribuible al primer evento y con clara mejoría clínica. Por último, no se cumple el criterio de exclusión, ya que existen múltiples factores más plausibles y frecuentes en este perfil clínico (fragilidad extrema, disfagia neurógena, demencia avanzada, dependencia total establecida, desnutrición, inmovilidad) que explican razonablemente el desenlace.

...el fallecimiento se produce por un proceso respiratorio atribuible a la evolución terminal de una demencia en fase muy avanzada, con afectación de la deglución y múltiples síndromes geriátricos asociados, sin que pueda identificarse una actuación médica negligente. El abordaje clínico fue ajustado a la situación basal del paciente, adecuado a los estándares de calidad y proporcionado a su pronóstico vital, culminando con su derivación a un recurso especializado en cuidados paliativos, donde recibió una atención centrada en la dignidad y el confort».

**Décimo.-** Está también incorporado al expediente el Informe técnico de la Inspección Médica de 5 de junio de 2025, que también se transcribe parcialmente:

«Las condiciones patológicas citadas predisponen a una dificultad para la deglución (disfagia), que eventualmente puede tener consecuencias a nivel respiratorio, si parte del contenido alimenticio pasa a nivel broncopulmonar (broncoaspiración), provocando una infección respiratoria, que puede ser grave.

En el caso que nos ocupa, el paciente ingresó el 28-9-2024 (un mes después de salir de alta) por síntomas de infección respiratoria por posible broncoaspiración al atragantarse con la comida y fiebre de una semana de evolución en la residencia donde estaba ingresado, todo ello concordante con el contexto clínico del paciente, que ya hemos expuesto, y que justifica claramente por sí solo una neumonía por aspiración.

No obstante, durante el ingreso, los médicos responsables del paciente de Medicina Interna, solicitaron colaboración a otorrinolaringología (ORL) y a digestivo para descartar la presencia de cuerpos extraños a nivel de vía aérea superior o tubo digestivo que pudieran coadyuvar o agravar el cuadro. La familia del paciente advirtió durante el ingreso citado de que no aparecía una prótesis dentaria.

El día 8-10-24, la especialista de ORL realizó una valoración al paciente y anotó en la historia clínica: “Exploración orofaríngea imposible por nula colaboración. Fibrolaringoscopia muy difícil por nula colaboración: pieza metálica en base de lengua con moco adherido. Laringe parece normal y libre. Comento con anestesia posibilidad de intentar extracción en quirófano. Informo a la familia de la situación y del riesgo aumentado que supone administrar sedación. Firman consentimiento informado”. Finalmente se lleva a cabo el procedimiento en quirófano y se documenta en historia clínica: “Se realiza extracción de cuerpo extraño en base de lengua (prótesis dentaria metálica) mediante laringoscopia de anestesia y pinzas de Magill bajo sedación, sin incidencias. No se objetivan lesiones a nivel faringolaringeo durante el procedimiento.”

Es decir, aun con una explicación razonable al cuadro clínico y una mejoría radiológica documentada a partir del 5-10-2024, los médicos que atendieron al paciente tomaron las decisiones clínicas adecuadas en función de los síntomas que presentaba el paciente y se solicitó colaboración a ORL, que extrajo el cuerpo extraño en la base de la lengua, estando la vía aérea libre según consta en historia clínica.

La actuación fue proporcional y correcta, puesto que la inspección de visu del paciente desde el ingreso en Urgencias no mostró hallazgos que orientaran hacia la presencia de un cuerpo extraño en faringe. Por otro lado, el paciente en ningún momento desde la valoración en Urgencias presentó signos clínicos de obstrucción de vía aérea superior (estridor, dificultad respiratoria grave, cianosis...), tal como también expone el jefe de Urgencias del hospital en su informe complementario.

En ancianos, el compromiso de vía aérea superior cuando sucede, puede ser poco expresivo clínicamente por distintos factores: reflejo de tos disminuido, enfermedades neurológicas graves o

debilidad muscular entre otros. No obstante, en este caso es oportuno reiterar que el cuerpo extraño estaba en hipofaringe y por tanto no existió una obstrucción en la vía aérea, tal como se refleja en la documentación clínica.

Los indicios de la historia clínica indican que el cuerpo extraño en la base de la lengua podía estar presente previamente al ingreso (anotación clínica del 28-9-2024).

Asimismo, es pertinente exponer que el punto quinto de la reclamación no es correcto, puesto que no existió retraso en el diagnóstico ni en la extracción del cuerpo extraño (como ha quedado expuesto, los médicos tomaron decisiones proporcionadas y orientadas a garantizar la seguridad del paciente en un cuadro clínico que ya se explicaba suficientemente por la condición previa del enfermo). De igual modo, es obligado aclarar que contrariamente a lo que se afirma en citado punto, en ningún caso existe una disfagia como secuela del episodio, puesto que se trataba de un paciente con grave deterioro neurológico previo que ya presentaba patologías que justificaban la disfagia.

El manejo diagnóstico y terapéutico del paciente durante el ingreso fue el adecuado, con antibioterapia, interconsulta a distintas especialidades, control analítico y radiológico y cuidados en el contexto de paciente de 85 años con demencia, dependencia, úlceras por presión, fragilidad y múltiples patologías.

[...]

Tras el análisis de la documentación podemos concluir que la actuación de los médicos fue correcta y no hubo infracción de la *lex artis ad hoc*.

**Undécimo.-** Consta en el expediente la propuesta de resolución de 30 de marzo de 2026, cuya conclusión es la desestimación, al no considerar infringida la *lex artis ad hoc*, no apreciar relación de causalidad entre el fallecimiento y el posible retraso en detectar la presencia de la prótesis dental en la base de la lengua, ni resultar aplicables ni la doctrina del daño desproporcionado, ni la de pérdida de oportunidad.

**Décimo segundo.-** El Consejero de Sanidad solicitó dictamen preceptivo del Consejo Consultivo de Aragón, mediante escrito de 1 de abril de 2026, con entrada en el registro de este Consejo Consultivo el 7 del mismo mes, adjuntando propuesta de resolución, copia del expediente administrativo y relación índice de los documentos que lo conforman.

## CONSIDERACIONES JURÍDICAS

### I

#### Competencia del Consejo Consultivo

- 1 La consulta preceptiva al Consejo Consultivo de Aragón –como órgano equivalente al Consejo de Estado entre las instituciones de la Comunidad Autónoma de Aragón– en los procedimientos de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas está prevista en la legislación de procedimiento administrativo común. En el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), dispone que «cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica (...) será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma». La disposición final tercera de la Ley 5/2021, de 29

de junio, de Organización y Régimen Jurídico del Sector Público de Aragón 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 modifica 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. No obstante, en el presente caso, la cuantía reclamada es de 300 mil euros; por consiguiente, muy por encima del umbral que convierte la consulta en preceptiva.

- 2 En función de lo preceptuado en los artículos 19 y 20 de la LCCA, resulta competente la Comisión para la emisión del dictamen.

## II

### Procedimiento aplicable

- 3 El procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició por reclamación de fecha 5 de febrero de 2025, por lo que resulta de aplicación la citada LPAC, así como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP, en adelante).

## III

### Cuestiones formales

- 4 En relación con las cuestiones formales, la reclamación ha sido dirigida a la Administración Pública competente por personas que ostentan legitimación suficiente.
- 5 Por lo demás, la tramitación realizada por la Administración de la Comunidad Autónoma se ha atendido a lo que marca el ordenamiento jurídico vigente, desarrollándose los trámites previstos por éste y ofreciéndose el trámite de audiencia a los interesados.
- 6 Pese a que se han producido suspensiones del plazo para resolver y notificar durante la tramitación del procedimiento, en uso de la habilitación contenida en el artículo 22.1, d) LPAC, ha transcurrido el plazo de seis meses para resolver y notificar este procedimiento, por lo que los reclamantes podrían haber entendido desestimada su reclamación por silencio administrativo. No obstante, la Administración sigue estando obligada a resolver de forma expresa de acuerdo con el artículo 21 de la LPAC, sin vinculación por el sentido negativo del silencio [artículo 24.3.b) de la LPAC].

## IV

### Requisitos generales para la exigencia de responsabilidad patrimonial

- 7 En el Derecho español la institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración, garantizada en el art. 106.2 de la Constitución, reconoce a los particulares el derecho a ser

indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, cuando 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. 121 de la Ley de 16 de diciembre de 1954 sobre expropiación forzosa y art. 32 de la LRJSP).

- 8 Los requisitos para que exista responsabilidad patrimonial de la Administración, según reiterada doctrina y jurisprudencia, pueden resumirse en los siguientes:
- 1º) La producción de una lesión o daño antijurídico, que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar.
  - 2º) Que la lesión sea efectiva, evaluable económicamente e individualizada en relación con una persona o grupo de personas.
  - 3º) Que la lesión sea imputable al funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa de causa a efecto, sin ruptura del nexo causal.
  - 4º) Que la lesión no se haya producido por fuerza mayor.
  - 5º) Que no haya prescrito el derecho a reclamar por el transcurso del plazo de un año, computado desde la producción del hecho o acto dañoso o desde la manifestación del efecto lesivo.

## V

### Presupuestos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario

- 9 De acuerdo con su doctrina consolidada y la jurisprudencia que este Consejo Consultivo ha citado reiteradamente en sus dictámenes, cuando se trata de la atención médica individualizada la responsabilidad patrimonial nunca es consecuencia del mero fracaso en la actuación de los medios personales y materiales de la Administración sanitaria, dado que en este ámbito el éxito ni podría garantizarse, ni puede exigirse. Por consiguiente, la posible existencia de responsabilidad depende primariamente de que se haya producido una actuación que no sea conforme a los principios de buena práctica médica o *lex artis ad hoc*.
- 10 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 (dictámenes 215/2009, de 20 de octubre, y 7/2010, de 12 de enero, entre otros) y el Consejo Consultivo de Aragón (dictámenes 97/2017, de 16 de mayo, y 114/2017, de 6 de junio, entre otros) han afirmado 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».
- 11 De forma concurrente, sólo son indemnizables las lesiones sufridas por el particular provenientes de daños antijurídicos imputables a la Administración, pues lo contrario convertiría a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos

sociales, lo que no resulta acorde con el significado de la responsabilidad patrimonial, aunque sea de naturaleza objetiva, como declaró el Tribunal Supremo en relación con los contagios de hepatitis C consecuencia de transfusiones en hospitales públicos cuando no era posible la detección (Sentencia de la Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de mayo de 2011, Recurso de Casación núm. 3829/2007, ECLI:ES:TS:2011:3185, en la que se recoge una reiterada jurisprudencia en este sentido).

- 12 La acreditación de la existencia de un daño antijurídico y de su imputación a la Administración sanitaria, debido a una infracción de la *lex artis ad hoc*, corresponde al accionante.

## VI

### **Actuación de los servicios sanitarios, *lex artis ad hoc* y relación de causalidad con el resultado dañoso**

- 13 En consecuencia, debe examinarse si la asistencia sanitaria prestada al paciente fue adecuada, de modo que pueda valorarse si puede imputarse al Servicio Aragonés de Salud un daño antijurídico.
- 14 En este sentido, podría haber existido un error, como alegan los reclamantes, en el hecho de que el ingreso hospitalario se produjera el 28 de septiembre de 2024, es probable que el paciente ya se hubiera tragado la prótesis dental y ya estuviera alojada en la base de la lengua. Sin embargo, no fue detectada y extraída hasta el 8 de octubre.
- 15 Sin embargo, no es en absoluto claro que se produjera una infracción de la *lex artis*. Ciertamente, en el informe del jefe de la Unidad de Emergencias se reconoce que en el informe de urgencias no consta una «inspección detallada de la vía aérea superior», lo que justifica debido a que «el cuadro respiratorio del paciente no mostraba signos evidentes de obstrucción». Esa inspección detallada sólo se realiza, pese a la mejoría ya experimentada por el paciente gracias al tratamiento antibiótico, ante la insistencia de la familia en que no se había podido localizar su dentadura postiza en la residencia donde vivía habitualmente el paciente, con una considerable dificultad. De acuerdo con el informe del jefe de servicio de Medicina Interna: «se solicita colaboración por especialista en otorrinolaringología el día 8 de octubre para explorar la vía orofaríngea, imposible de realizar por la rigidez del paciente con nula colaboración. La especialista en otorrinolaringología con gran dificultad, según refleja en el evolutivo del día 8, consigue ver por fibrolaringoscopia la pieza metálica en la base de la lengua (o hipofaringe) con moco que no consigue extraer con pinzas y que extraerá en quirófano con anestesista ese mismo día. El resto de la laringe está normal y libre. La exploración indicada para visualizar la base de la lengua (situada en hipofaringe), donde el paciente tenía el cuerpo extraño adherido fue una fibrolaringoscopia. En una exploración básica de la boca no se alcanza a visualizar». En el mismo sentido, la otorrinolaringóloga anotó en la historia clínica: «Exploración orofaríngea imposible por nula colaboración. Fibrolaringoscopia muy difícil por nula colaboración: pieza metálica en base de lengua con moco adherido. Laringe parece normal y libre». Por tanto, no es que en urgencias se omitiera una atención elemental. En efecto, la fibrolaringoscopia es un examen endoscópico realizado por un especialista en otorrinolaringología para visualizar la nariz, faringe y laringe mediante un tubo flexible con fibra óptica introducido a través de la nariz. Resulta indicativo de lo concienzudo de la atención el que, pese a que ya se estaba experimentando mejoría con el tratamiento prescrito para una neumonía por broncoaspiración, ante la indicación de la familia de que no se localizaba la prótesis dental, se procediera a un examen específico, que parece haber sido complejo, y se lograra localizar la pieza alojada en la base de la lengua.

- 16 El diagnóstico de neumonía por broncoaspiración parecía el evidente a la vista de circunstancias, antecedentes y síntomas. De hecho, no hay indicios de que fuera incorrecto, puesto que se refiere que el inicio de los síntomas se debió a una broncoaspiración de comida y paracetamol y que el tratamiento prescrito produjo efectos, aunque existiera una causa concurrente adicional. En el informe de la Inspección Médica, que tiene el plus de su especialización e imparcialidad, se afirma: «Tras el análisis de la documentación podemos concluir que la actuación de los médicos fue correcta y no hubo infracción de la *lex artis ad hoc*».
- 17 Por otra parte, de acuerdo con la historia clínica: «No se objetivan lesiones a nivel faringolaríngeo durante el procedimiento [de extracción]». En el mismo sentido, el informe de la Inspección Médica: «en este caso es oportuno reiterar que el cuerpo extraño estaba en hipofaringe y por tanto no existió una obstrucción en la vía aérea». Se añade en el informe de la Inspección Médica: «en ningún caso existe una disfagia como secuela del episodio, puesto que se trataba de un paciente con grave deterioro neurológico previo que ya presentaba patologías que justificaban la disfagia». Es decir, que el supuesto retraso en el diagnóstico no parece haberse traducido en consecuencias de entidad para el paciente.
- 18 La prolongación del ingreso hospitalario parece haberse debido fundamentalmente a que debido a un nuevo episodio de broncoaspiración, producido en el hospital, se manifestó una nueva neumonía que debió ser tratada antes del alta.
- 19 Por otra parte, no parece haber ninguna relación de causalidad, ni siquiera indirecta, con el fallecimiento del paciente. Como se desprende de la historia clínica y se recoge en diversos informes, doce días después del alta hospitalaria se produjo un nuevo episodio de broncoaspiración que requirió un nuevo ingreso hospitalario. Ante el estado general del paciente, que presentaba una demencia grave y una disfagia neurógena con broncoaspiraciones recurrentes que habían requerido varios ingresos hospitalarios en los últimos meses, además de una gran limitación funcional, tras una valoración conjunta con el equipo de soporte domiciliario y la familia, se decidió su traslado al Hospital San Juan de Dios de Zaragoza para atención en la unidad de cuidados paliativos.
- 20 Es perfectamente entendible la desazón de la familia y su preocupación por el bienestar de su familiar, por el hecho de que una detección más temprana de la prótesis dental en la base de la lengua hubiese podido limitar o paliar de alguna manera los sufrimientos que padecía. No obstante, no se aprecian indicios de una infracción relevante de la *lex artis ad hoc* ni, en todo caso, que ese retraso explicable se tradujera en daños relevantes para el paciente o acelerase de cualquier modo su fallecimiento.

## VII

### Doctrina del daño desproporcionado

- 21 La doctrina del daño desproporcionado, aplicada aunque de forma casi excepcional por la jurisprudencia tanto civil como contencioso-administrativa, comporta que ante un resultado inesperado, clamoroso y grave, se invierte la carga de la prueba, correspondiendo a la parte a la que se imputa la causación del daño, bien probar la observancia de la *lex artis*, bien la inexistencia de relación de causalidad. Es paradigmática en este sentido la Sentencia de la Sala tercera del Tribunal Supremo de 20 de septiembre de 2005, Rec. 5078/2002, en la que se declara lo siguiente:

«La obligación del actor de soportar la «carga de la prueba» no empece a que esta exigencia haya de atemperarse a fin de tomar en consideración también las dificultades que normalmente encontrará el paciente para cumplirla dentro de las restricciones del ambiente hospitalario; por lo que, lógicamente, habrá de adoptarse una cierta flexibilidad, de modo que no se exija al perjudicado una prueba imposible o “diabólica”. Además y a mayor abundamiento cuando el mal resultado obtenido es desproporcionado a lo que comparativamente es usual, debe aplicarse una presunción desfavorable al buen hacer exigible y esperado y también propuesto desde su inicio, que ha de desvirtuar, en este caso, la Administración responsable del acto sanitario público, justificando su adecuada actividad...»

- 22 Sin embargo, en este caso no se aprecia ningún resultado desproporcionado o inesperado que pudiese comportar la inversión de la carga de la prueba. Es más, las circunstancias de lo sucedido están detalladamente documentadas, sin que pueda apreciarse relación de causalidad alguna entre el retraso en la extracción de la prótesis dental de la hipofaringe y el fallecimiento del paciente.

## VIII

### Doctrina de la pérdida de oportunidad

- 23 Como ha declarado la Sala tercera del Tribunal Supremo, «la denominada “pérdida de oportunidad” se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo» (Sentencia de 19 de octubre de 2011, Rec. 5893/2006; en el mismo sentido, con cita literal de la anterior Sentencia de 3 de diciembre de 2012, Rec. 815/2012, ECLI:ES:TS:2012:8109, y también Sentencia de 21 de diciembre de 2015, Rec. 1247/2014, ECLI:ES:TS:2015:5640). Sin embargo, en este caso, incluso de aceptarse que constituyera una vulneración de la *lex artis ad hoc*, el retraso en la detección y extracción de la prótesis dental de la hipofaringe, no ha supuesto ninguna merma de las posibilidades de curación o incluso mejora temporal del paciente.

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

Que se informa favorablemente la propuesta de resolución y, por tanto, la desestimación de la reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria prestada a D. [A].