

Dictamen Núm. 109/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 10 de julio de 2025, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 16 de abril de 2025 -registrada de entrada el día 25 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuye a la deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario, tras sufrir un ictus.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 17 de junio de 2024 el interesado presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas que achaca a la asistencia prestada, tras sufrir un ictus, que considera inadecuada.

Expone que “el pasado día 17 de mayo del año en curso” sufrió una caída en su domicilio “a consecuencia de padecer un ictus” y que ese mismo día, “a las 12:27 horas”, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde se le

practicaron “las pruebas que consideraron oportunas con exclusión del Código Ictus, a las 13:37 horas”, extendiéndose el alta con emisión del correspondiente informe en el que se refleja “caídas”, como “motivo de la consulta” y “policontusiones”, como “diagnóstico principal”.

Continúa narrando que, el mismo día, “debido a la gravedad” de su estado, acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, “efectuándose el ingreso a las 17:33 horas”. En esta ocasión, se le practica un tac craneal que evidencia un “ictus isquémico” y, ante este hallazgo, los facultativos que le atienden contactan con el Servicio de Neurología del Hospital “Y” que rechaza la activación del Código Ictus y el traslado a la unidad correspondiente, “dado el tiempo de evolución y la presencia de lesión isquémica subaguda”. Se decide, entonces, el traslado del paciente al Hospital “Z”, puesto que en el Hospital “X” no se dispone de Servicio de Neurología. Ante la oposición de la familia a este traslado, se decide derivar al paciente al Servicio de Urgencias del Hospital “Y”, donde ingresa a las 00:42 horas del día 18 de mayo. Al alta en el citado servicio, según consta en el correspondiente informe, el paciente está “consciente, orientado, voz hipofónica. Paresia facial izquierda y hemiparesia izquierda 4/5. Deambula con ayuda de tercero y andador. Control de esfínteres adecuado. mRS 4”.

Afirma que “se ha producido una infracción de la *lex artis*” y “un funcionamiento anormal de la Administración sanitaria” pues, “el retraso en la atención al paciente, la no práctica en un primer momento del protocolo ictus y la tardanza a la derivación al centro sanitario competente, producida en el Hospital “X” y en el Servicio de Neurología” del Hospital “Y”, “ha supuesto una ‘pérdida de oportunidad’ por el “indebido retraso en dispensar al paciente, en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable”.

En cuanto a los daños sufridos, afirma que “presenta una serie de secuelas crónicas (paresia facial izquierda y hemiparesia 4/5 con necesidad de ayuda de tercero y andador para la deambulación)”, las cuales valora en 40

puntos. Por ellas, solicita una indemnización, según el baremo establecido para los accidentes de circulación en sus cuantías actualizadas para 2024, de sesenta mil seiscientos siete euros con cincuenta y dos céntimos (60.607,52 €) y “se reserva la reclamación de gastos que se deriven de la posible adaptación de la vivienda al estado físico actual del reclamante”, más “el interés por mora y con todo lo demás que en derecho proceda”.

Adjunta diversa documentación médica relativa al proceso asistencial.

2. Mediante oficio de 25 de junio de 2024, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido servicio, el nombramiento de instructor y su régimen de recusación, las normas de procedimiento aplicables, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Se incorporan al expediente, a continuación, las historias clínicas del reclamante de las Áreas Sanitarias I y IV y los informes remitidos por las Gerencias, correspondientes a los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna del Hospital “X” y al Servicio de Neurología del Hospital “Y”, previamente requeridos por el Instructor del procedimiento.

En el informe de la Jefa del Servicio de Urgencias del Hospital “X”, de 11 de julio de 2024, se expresa que el paciente acude a ese servicio y refiere “inestabilidad para la marcha al levantarse con caída asociada. La exploración física, incluida exploración neurológica se describe como normal a excepción de unas erosiones en la mano izquierda. Se realiza analítica de sangre, electrocardiograma, radiografía de tórax y de extremidad superior izquierda; pruebas en las que no se objetivan alteraciones agudas. Se decide el alta a domicilio./ Unas horas después el paciente acude de nuevo acompañado por su familia, refiriendo dificultad para la deambulación desde la caída valorada previamente. En la exploración realizada a nivel neurológico, se objetiva una

paresia leve facial, leve disartria y leve paresia izquierda, con resultado en la escala NIHHS de 4. Se realiza un TC craneal donde se objetiva un 'área hipodensa en núcleo caudado y ganglios de la base derechos sugestiva de lesión isquémica en fase subaguda, con discreto efecto masa apreciando menor prominencia de surcos y colapso parcial de ventrículo lateral derechos. Se aprecia asimismo arteria cerebral media hiperdensa descrita en lesiones isquémicas de reciente instauración'. Por todo ello se comenta el caso (...) con el especialista de referencia, en este caso Medicina Interna, que al no disponer de neurólogo en ese momento en el Hospital, realiza consulta telefónica con Neurología" del Hospital 'Y' "para pedir derivación y valoración del paciente por su parte; el Servicio de Neurología lo rechaza (por no cumplir criterios de Código Ictus dado el tiempo de evolución) por lo que por el protocolo de contingencia ante la falta de neurólogo se comenta entonces el caso" con Medicina Interna del Hospital 'Z' y "se decide derivación e ingreso por su parte (al disponer dicho hospital de neurólogo)./ Al informar a la familia de dicho hecho, reclama se le derive a Neurología del (Hospital 'Y'). Se comenta de nuevo el caso, rechazando la derivación en una segunda ocasión. Se pone entonces el caso en conocimiento del Jefe de Guardia, que llama una tercera vez para informar de la derivación del paciente en contra del criterio de Neurología del (Hospital 'Y') para su valoración".

En el informe de la Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X", de 25 de julio de 2024, se expresa que el enfermo es valorado en su servicio a las 18:47 horas y que en ese momento "refiere el paciente esta madrugada se ha caído presentando dolor en (miembro superior izquierdo). El paciente refiere dificultad para deambular desde entonces (clínica de más de 6 horas de evolución)", presentando "a la exploración (...) un NISS 4 puntos: 1 punto paresia facial mínima, 1 punto claudicación (miembro superior izquierdo), 1 punto claudicación (miembro inferior izquierdo) y 1 punto disartria, por lo que se solicitó tac craneal urgente". Señala que, ante los resultados del tac, "se comenta el caso con el busca de Neurología" del Hospital "Y" (hospital de

referencia), “comentando que el paciente no cumple criterios de ‘Código Ictus’ (ni por tiempo ni por presentar lesión radiológica cerebral establecida) por lo que el paciente no es candidato de traslado” al Hospital “Y”, aunque finalmente se decide enviarlo a dicho Hospital para valoración, ante la oposición de la familia al traslado al Hospital “Z”.

En el informe del Jefe del Servicio de Neurología del Hospital “X”, de 10 de julio de 2024, se indica que, cuando el paciente acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, “no existe ningún dato que nos pudiera hacer sospechar que el paciente hubiera podido tener ningún tipo de evento deficitario neurológico” y que la segunda vez que acude, ese mismo día, la clínica ha cambiado, pues se evidencia “en la exploración `mínima claudicación en (miembro superior izquierdo) con torpeza de mano, ambos (miembros inferiores) sin claudicación (arrastra la pierna al caminar)’”, siendo este el motivo por el que se realiza un tac craneal urgente” que permite “establecer en ese momento el diagnóstico de ictus isquémico”. Señala que había tres motivos: “tiempo indeterminado desde el inicio de los síntomas, infarto establecido en la neuroimagen y puntuación del déficit neurológico inferior a 6” que justificaban que no se activara el “Código Ictus” pues, “el paciente ya no sería candidato a recibir terapia trombolítica ni era esperable que tuviera una oclusión arterial ‘de gran vaso’ que hiciera necesario realizar una trombectomía mecánica”, por lo que la atención podría haberse realizado en el Hospital “Z”. Por todo ello, considera que “la actuación del personal facultativo de la guardia del Servicio de Neurología” del Hospital “Y” “del pasado día 17 de mayo de 2024 ha sido correcto y ajustado, en todo momento, a la práctica clínica rutinaria establecida en estos casos”.

4. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial, librado el día 3 de enero de 2025, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por una especialista en Neurología, en el que explica, en cuanto a los signos clínicos del ictus, que “tiene una presentación

habitualmente aguda, 'repentina', y los principales signos de alarma (llamados signos de focalidad neurológica) son: (...) una pérdida repentina de la fuerza en la cara (desviación de la comisura bucal); en el brazo y/o en la pierna de un lado del cuerpo. (...) la alteración repentina de la sensibilidad (adormecimiento) de la cara, el brazo y/o la pierna de un lado del cuerpo. (...) dificultad brusca para hablar, expresarse o comprender. (...) pérdida súbita de la visión de uno o ambos ojos. (...) dolor de cabeza brusco de alta intensidad y sin causa aparente. (...) inestabilidad, desequilibrio o incapacidad para la marcha de presentación brusca". Señala que, "muchas veces la información de que se disponga, especialmente en los primeros momentos del ictus es crucial. El problema de los ictus, especialmente si son poco sintomáticos en las primeras horas de la instauración de los mismos, es que los síntomas son poco evidentes y pueden ser malinterpretados por el propio paciente, inclusive por el profesional, más aún cuando suele tratarse de pacientes añosos con pluripatología y/o secuelas funcionales previas no neurológicas pero que ya afecten al entendimiento, a la vista, a la coordinación o a la marcha. Por tanto, la información proporcionada por el paciente y sus familiares o acompañantes, es clave, así como la exploración neurológica del profesional médico". En cuanto a los efectos del ictus isquémico, indica que "la resistencia de las neuronas a la falta de circulación y al aporte de oxígeno es impredecible. En algunos casos, y especialmente si el paciente ya es mayor y padece de arteriosclerosis cerebral (...) las lesiones neurológicas pueden ser ya irreversibles a los cinco o quince minutos tras iniciarse la isquemia. Pero en líneas generales, se consideran cruciales las primeras 4,5 horas, tanto desde el punto de vista de la supervivencia como de las secuelas. En este periodo (...) si no hay contraindicación para el tratamiento, se administran sustancias trombolíticas" y "hasta las 6 horas, si por medios exploratorios complementarios se puede identificar una trombosis intraarterial accesible, se puede programar un tratamiento endovascular urgente para una trombectomía mecánica". Según refiere, "las condiciones para la aplicación de estos tratamientos se recogen en el Protocolo del Código Ictus de cada

comunidad autónoma” y, en el caso del Principado de Asturias, la indicación de tratamiento fibrinolítico se aplica “solo a los casos de ictus que cumplan todos los criterios siguientes: (...) Intervalo entre el inicio de los síntomas y aplicación del tratamiento inferior a cuatro horas y media (...). NIHSS superior a 4 puntos y menor de 8 (...). Ausencia de contraindicaciones para la administración de alteplasa”, y la indicación de extracción mecánica del trombo “se considerará en aquellos casos de Código Ictus que cumplan los siguientes criterios (...). Tiempo de evolución de los síntomas inferior a 6 horas o síntomas observados al despertar (...). Ausencia de respuesta al tratamiento fibrinolítico o contraindicación para su uso (...). Constancia de obstrucción de una gran arteria extra o intracraneal”.

Reseña que, durante la primera estancia en Urgencias, el afectado “solo manifestó la ocurrencia de la caída, y como consecuencia de la misma el dolor y la impotencia funcional del brazo izquierdo, así como escoriaciones cutáneas postraumáticas en mano izquierda y en la región de la escápula del mismo lado. El paciente se mostró consciente, orientado y colaborador. La exploración del médico que le atendió recoge la ausencia de signos de focalidad neurológica. Tampoco constan en la documental que el paciente o los acompañantes manifestasen signos de alarma”, por lo que concluye que “no existe mala praxis” en la citada atención, pues “se actuó correctamente y según protocolos”, considerando “la información proporcionada por el paciente, así como los resultados de la exploración (en ausencia de signos de focalidad neurológica, esto es, debilidad motora (hemiparesia faciobraquiocrural), alteración de sensibilidad, trastornos de la coordinación, déficit visual o lingüístico, que no fueron referidos por el demandante ni por los acompañantes ni objetivados por el médico) y las exploraciones complementarias (negativas para patología)”. Afirma que también fue correcta la atención prestada cuando acude al Servicio de Urgencias por segunda vez, momento en que “ya se objetivan signos leves, pero presentes, de disartria o alteración de la articulación del lenguaje, una mínima asimetría facial, una leve claudicación de la extremidad superior

izquierda de predominio distal (mano torpe) y una muy discreta debilidad de la extremidad inferior izquierda, que no claudica contra gravedad, pero al ponerse de pie y caminar, el paciente muestra que arrastra la pierna (balance muscular 4+/5, siendo 5 puntos un 100 % de movilidad). Ante la presencia de un déficit motor menor, pero hemicorporal y disartria, se sospecha la presencia de ictus y se solicita un tac craneal que confirma la existencia de una 'lesión isquémica subaguda' en territorio profundo de la arteria cerebral media derecha". Según afirma, "el hallazgo de la hipodensidad que dibuja el territorio afecto, núcleo caudado y ganglios basales del hemisferio derecho, confirman que se trata de un proceso subagudo, de probablemente más de 24 horas de evolución e instauración lenta. Lo cierto es que la clínica deficitaria del paciente solo fue evidente para el propio paciente y probablemente (para) sus familiares, en su segunda consulta en el hospital a las 17:33 (horas) del mismo día 17 de mayo, y que entonces ya llevaba más de 6 horas de evolución (...). Poco a poco se fue estableciendo la debilidad del hemicuerpo, que siempre fue leve" y se mantuvo "estable sin progresión" durante el ingreso y hasta el alta, el 10 de junio de 2024. Asevera que "no existió mala praxis en esta segunda atención médica", pues "el tiempo de evolución era superior a 6 horas, lo que desestimaba la trombectomía y superior a 4,5 horas, con un déficit neurológico menor, igual o inferior a 4, lo que también desestimaba la fibrinólisis. Por estas razones, el paciente no era candidato a Código Ictus y la especialista de guardia" en el Hospital "Y" "desestimó el traslado hasta en 2 ocasiones. Esto no significa que el paciente no debiera ser atendido por un neurólogo para completar su tratamiento y seguimiento", ahora bien "todo lo que se hizo en el Servicio de Neurología" del Hospital "Y" "ya no pertenece al Código Ictus, sino al procedimiento diagnóstico habitual en Neurología para conocer la etiología del ictus y evitar su recurrencia" y esa misma asistencia podría haberse prestado en el Hospital "Z".

Rechaza que la atención sanitaria prestada ocasionara pérdida de oportunidad alguna al reclamante y explica que, el hecho de "que se identifique

claramente la imagen de la hipodensidad correspondiente a la isquemia cerebral en el momento del tac craneal, con tan poca sintomatología, hace pensar que la lesión isquémica era subaguda y no aguda, que ya tenía su tiempo de evolución (más de 24 horas hasta 7 días). La afectación arteriosclerótica de pequeño vaso, generalizada, evidenciada en las pruebas de neuroimagen de este paciente, pudo condicionar una mayor tolerancia a la isquemia cerebral y que los déficits clínicos fueran inicialmente inapreciables y luego lentamente progresivos”.

Destaca que la atención en el Hospital “Y” durante el ingreso fue correcta, con “monitorización hemodinámica estricta (constantes) y de las posibles complicaciones, que no tuvieron lugar, así como estudio etiológico que se completó con nuevas exploraciones complementarias” y actuaciones de prevención “frente a posibles recurrencias (reinfartos)”. Manifiesta que “tras el alta, lo único que condiciona la evolución y el pronóstico de las secuelas del ictus sufrido, es la rehabilitación. Un paciente tiene capacidad para recuperarse de las secuelas de un ictus, con la rehabilitación adecuada, hasta 12 meses después del mismo, siendo máxima la recuperación en los 6 primeros meses. Y en este caso se procede a la presentación de la demanda el día 19 de junio de 2024, cuando el alta del paciente tiene lugar el día 10 del mismo mes” momento en que “queda por delante la rehabilitación-fisioterapia ambulatoria, que quedan gestionadas y programadas al alta”, si bien la familia “la rehúsa y decide rehabilitación-fisioterapia domiciliaria gestionada por ellos mismos”. Excluye, por tanto, que quepa reclamar aún por secuelas pues, “para poder baremar una secuela, el periodo de curación del proceso ha de haberse completado, y no es este el caso”. Además, entiende que, “para poder cuantificar una secuela habrá de ser documentada con una exploración neurológica y el nexo causal no debe haber sido quebrantado por falta de tratamiento”, y ninguna de las dos circunstancias consta en el asunto de que se trata.

5. Mediante oficio notificado al interesado el 20 de marzo de 2025, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo

de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 27 de marzo de 2025, el reclamante presenta en el Registro Electrónico del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que señala que, ya en la primera visita a Urgencias “la familia alertó de un ‘posible ictus’” y el propio paciente “alertó que desde la madrugada y tras la caída (...) sufría dolor en miembro superior izquierdo y dificultad para deambular”; sin embargo, “pese a que se mencionó un ‘posible ictus’ y también existía el síntoma de ‘dificultad para deambular’ no se activó el ‘Código Ictus’” y ello, aunque “solo habían transcurrido 4 horas y 27 minutos si se considera que la situación clínica apareció a las 8:00 horas o 2 horas y 27 minutos si se considera que apareció a las 10:00 horas”. Afirma que, si se hubiera activado “desde un primer momento el Código Ictus, no se me habrían producido esas gravísimas secuelas, lo cual viene a redundar en la pérdida de oportunidad (...), así como en la defectuosa asistencia sanitaria”, por todo lo cual se ratifica en su pretensión inicial.

6. El día 3 de abril de 2025, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*”. Destaca que, en la primera asistencia en el Servicio de Urgencias el 17-05-2024, “debido a una ‘caída por inestabilidad’”, que se produce “de madrugada”, el paciente presentaba una exploración neurológica normal, “por lo que, de modo correcto, se procedió a darle el alta con el diagnóstico de ‘politraumatismo’” y que, es entonces, “cuando acude por segunda vez en ese día (a las 17:33 horas)”, cuando “ya presentaba una mínima desviación facial, un déficit motor leve en (miembro superior izquierdo), un déficit leve en (miembro inferior izquierdo), y una leve alteración en la articulación del lenguaje o disartria (NIHSS 4 puntos)”. El tac que se indicó ante tales signos “mostró la existencia de una lesión isquémica subaguda en ganglios basales derechos (es decir una lesión ya establecida)”, si bien no se cumplían los

criterios para trombólisis ni para la trombectomía mecánica, según se señala en el informe del Jefe del Servicio de Neurología del Hospital “Y”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 16 de abril de 2024, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado, como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que 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”.

En el expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 19 de junio de 2024, en relación con la inadecuada asistencia sanitaria recibida el día 17 de mayo del mismo año, por lo que es claro que se acciona dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC, lo que no impide su adopción, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado, en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea

consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que el interesado reclama una indemnización por los daños que atribuye a la “pérdida de oportunidad de obtener un resultado distinto y más favorable”, que imputa al retraso diagnóstico y a la atención terapéutica inadecuada de un ictus.

La indemnización solicitada que, según se indica en la reclamación, es la correspondiente a la valoración del total de los daños -atendiendo al baremo de accidentes de tráfico- no resulta, sin embargo, consecuente con la invocación de la doctrina de la pérdida de oportunidad, ya que, como ya hemos señalado en anteriores ocasiones (por todos, cabe citar nuestro Dictamen Núm. 90/2022), la articulación de la reclamación sobre una supuesta pérdida de oportunidad es incompatible con la solicitud de indemnización por la totalidad de los daños sufridos pues, en tales casos, no es posible determinar a ciencia cierta si el daño final hubiera podido evitarse con una actuación sanitaria distinta a la seguida, debiendo calcularse la indemnización en función de la probabilidad de materialización de las expectativas de recuperación, finalmente frustradas, que integran verdaderamente el daño resarcible. Como viene señalando este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 318/2009 y 170/2021), en los casos en los que se aprecia la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por pérdida de oportunidad, “existe siempre concausa e incertidumbre en la contribución del servicio público en la producción del resultado final. Junto a la acción u omisión sanitaria en que se concreta la infracción de la *lex artis* existe la patología de base del paciente, de modo que el resultado dañoso no puede imputarse en exclusiva a la intervención del servicio público sanitario, limitándose este a haber disminuido las posibilidades de curación, de una mayor expectativa de supervivencia o de una más favorable evolución de la enfermedad, sin que pueda saberse con absoluta certeza si esas posibilidades se habrían

materializado o no en el supuesto de que se hubiera prestado el servicio sanitario de forma correcta". Por ello, en el caso que analizamos, aun si se acreditara una infracción de la *lex artis*, no podría satisfacerse la pretensión del reclamante que, pese a invocar la existencia de una pérdida de oportunidad, demanda el resarcimiento de la totalidad de los perjuicios sufridos. A mayor abundamiento, en lo que a la efectividad de los daños se refiere, debe señalarse que, si bien el informe de alta del Hospital "Y" acredita que, a tal fecha (10 de junio de 2024), el paciente presentaba "paresia facial izquierda y hemiparesia izquierda 4/5. Deambula con ayuda de tercero y un andador", lo cierto es que, el perjudicado califica y valora tales daños como "secuelas" y, dado que por tales, únicamente pueden tenerse los de carácter permanente e irreversible, dicha condición no puede darse por probada ante la ausencia de informe clínico que así lo establezca. Además, teniendo en cuenta lo señalado en el informe médico librado a instancias de la compañía aseguradora, según el cual, con la rehabilitación adecuada, los efectos del ictus pueden revertir en un periodo de hasta 12 meses, en ningún caso cabría calificar como secuelas los daños que el paciente presenta al alta hospitalaria, producida 9 días antes de presentar la reclamación. La ausencia de acreditación de los daños permanentes, cuyo resarcimiento se solicita, es circunstancia suficiente para desestimar la reclamación; ahora bien, aunque pudieran resultar probados, el sentido final de nuestro Dictamen no variaría.

Como venimos señalando reiteradamente desde el inicio de nuestra función consultiva, al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse automáticamente a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico, reiteradamente utilizado, para efectuar este juicio imprescindible -tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-

responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean, por sí mismos, causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo, que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, por sí

mismo, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, la responsabilidad patrimonial no solo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 116/2024) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación, ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ha de atenderse, por tanto, a la doctrina sobre la prohibición de regreso a la que alude el Tribunal Supremo (por todas, Sentencia de 11 de julio de 2017 -ECLI:ES:TS:2017:2946- Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª), que “impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico, o la inadecuación del tratamiento, solo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido pues, que, a partir del diagnóstico final, se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos, existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo,

ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan con una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el caso que analizamos, el reclamante afirma que la asistencia sanitaria que se le prestó fue defectuosa y que los daños que se reclaman no se habrían producido si se hubiera activado “desde un primer momento el Código Ictus”, según precisa en el escrito de alegaciones presentado durante la sustanciación del trámite de audiencia. Puesto que tales reproches no cuentan con soporte pericial alguno que los sostenga, nuestro juicio ha de formarse a partir del análisis del conjunto documental conformado por la historia clínica del paciente y los informes librados en el curso de la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial. Todos ellos vienen a corroborar que se actuó siempre de manera adecuada, esto es, según las reglas de la *lex artis* médica.

Según se refleja en el informe de alta correspondiente a la primera asistencia sanitaria, que se demanda a las 12:27 horas del día 17 de mayo de 2025, el paciente acude al Servicio Hospitalario de Urgencias por una “caída con inestabilidad” que se produce “hoy al levantarse” y, entonces, la facultativa que le atiende constata que el paciente “moviliza 4 extremidades no focalidad neurológica”. No existe rastro en la historia clínica de que el reclamante o sus acompañantes hubieran proporcionado a la doctora información relevante alguna, a efectos del diagnóstico, teniendo en cuenta que -según se expresa en el informe pericial librado a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias- los signos clínicos sugestivos de ictus son “debilidad motora (hemiparesia faciobraquiocrural), alteración de sensibilidad, trastornos de la coordinación, déficit visual o lingüístico”. Como se explica en el mismo informe, los ictus poco sintomáticos en las primeras horas de instauración son difíciles de diagnosticar, sobre todo cuando se trata de pacientes ancianos que pueden presentar patologías que afectan al entendimiento, a la vista, a la coordinación o a la marcha, o que, como en el caso de que se trata, presentan una afectación arteriosclerótica de pequeño vaso, generalizada, que determina

una "mayor tolerancia a la isquemia cerebral" y hace que los déficits neurológicos sean "inicialmente inapreciables".

Cuando el paciente acude la segunda vez al Servicio de Urgencias, el mismo día a las 17:33 horas, su situación clínica ha cambiado. Del propio relato que efectúa el reclamante en el escrito de solicitud, parece desprenderse un empeoramiento de su estado en dicha ocasión y, además, el facultativo que lo atiende entonces constata "mínima claudicación en (miembro superior izquierdo) con torpeza de mano" y que, aunque "eleva ambos (miembros izquierdos) contra gravedad sin claudicación (arrastra la pierna al caminar)", por lo que se pauta un tac que muestra signos de la lesión isquémica cerebral. Los internistas aprecian luego otros signos anormales en la exploración neurológica, como son "paresia facial mínima" y "disartria". Establecido el diagnóstico, se contacta telefónicamente con el Servicio de Neurología del Hospital "Y" que rechaza la activación del Código Ictus, ya que no concurren las circunstancias impuestas por el protocolo aplicable, pues la puntuación correspondiente al daño neurológico, según la escala NIHSS, no supera los 4 puntos, no consta la obstrucción de una gran arteria extra o intracraneal y, sobre todo, cabe estimar que el tiempo de evolución de la lesión es, en ese momento, muy superior a los umbrales de las 4,5 o 6 horas pues, por un lado, la imagen del tac es sugestiva de una lesión "en fase subaguda" y, por otro, la caída -que acaso podía tenerse por primer signo del ictus diagnosticado- se había producido "de madrugada", según manifestaciones del propio paciente al facultativo que lo atendía (lo que confirma en el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia). Atendido el lapso temporal transcurrido desde el momento de la caída, en la madrugada, hasta que se diagnostica el ictus en la tarde del mismo día, podía colegirse que la lesión cerebral ya se encontraba establecida y que, por tanto, no procedía administrar sustancias trombolíticas ni realizar una trombectomía. En cualquier caso, se pusieron todos los medios a disposición del paciente para su recuperación y, atendiendo a la petición de la familia, se derivó al paciente al Hospital "Y", aunque podría haber recibido idéntico tratamiento en el Hospital

“Z”, más cercano. En el citado centro sanitario se realizaron las pruebas pertinentes para tratar de conocer la etiología de la lesión y se pautó el tratamiento oportuno para evitar recurrencias, incluida la implantación de un *stent* carotídeo, presentando el paciente al alta hospitalaria signos de daño neurológico leve, a expensas de la realización del correspondiente tratamiento de rehabilitación ambulatorio que podría revertirlos.

Como hemos advertido en ocasiones anteriores, lo exigible al servicio público, es una atención adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud. En el asunto que ahora interesa, queda acreditado que el estado del paciente no permitía alcanzar un diagnóstico de ictus en el momento que este señala, realizándose un esfuerzo diagnóstico adecuado y proporcionado a la vista de la situación clínica que presentaba. A falta de prueba aportada por la parte reclamante, la Administración sanitaria ha acreditado que el diagnóstico se alcanzó cuando la evolución del cuadro clínico lo hizo posible, sin que el ulterior progreso de la dolencia permita entender retrospectivamente que, cuando el enfermo ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital “X” a las 12:27 horas del día 17 de mayo de 2024, el ictus era detectable y que podían haberse evitado los daños de él derivados.

En conclusión, en el caso analizado la realidad de los daños reclamados no se encuentra probada ni se acreditan el retraso diagnóstico y la mala praxis denunciadas, resultando, por el contrario, -de la documentación clínica obrante en el expediente- un esfuerzo asistencial adecuado en materia exploratoria y de tratamiento.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

LETRADA ADJUNTA
A LA SECRETARÍA GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.