

Dictamen Núm. 155/2021

**V O C A L E S :**

*Sesma Sánchez, Begoña,*  
Presidenta  
*González Cachero, María Isabel*  
*Iglesias Fernández, Jesús Enrique*  
*García García, Dorinda*  
*Baquero Sánchez, Pablo*

Secretario General:  
*Iriondo Colubi, Agustín*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de septiembre de 2021, 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 20 de mayo de 2021 -registrada de entrada el día 27 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios que imputa a una pérdida de oportunidad por el retraso en diagnosticar y tratar un ictus.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 17 de febrero de 2020 un letrado, en nombre y representación del interesado, presenta a través del registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Salud del Gobierno del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

En ella afirma que “la asistencia prestada (...) con ocasión del ictus sufrido no se ha ajustado a la correcta praxis médica, privando” al perjudicado

“del correcto tratamiento que hubiera evitado la gravedad de lesiones que hoy padece”.

Cuantifica la indemnización que solicita en cien mil euros (100.000 €), que comprenden “tanto los daños físicos como los morales, así como los distintos gastos que se vio obligado a realizar como consecuencia de sus lesiones”.

Adjunta a su escrito una copia del poder para pleitos, diversa documentación médica relativa al proceso de referencia y un informe de valoración del daño corporal, emitido el 12 de febrero de 2020, en el que se pone de manifiesto que a pesar de haberse “aportado las pruebas diagnósticas del proceso estudiado ha existido”, tanto por parte de su médico de Atención Primaria como del Hospital “X”, “una pérdida de oportunidad terapéutica”.

**2.** Mediante oficio de 20 de febrero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al representante del interesado que el escrito presentado carece de firma, concediéndole un plazo de 10 días para que remita dicho documento firmado, con advertencia de que si así no lo hiciera se le tendrá por desistido de su petición.

Con fecha 28 de febrero de 2020 el abogado atiende al requerimiento formulado.

**3.** El día 5 de junio de 2020, se pone en conocimiento del representante del interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -18 de febrero de 2020-, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**4.** Previa petición formulada por la Instructora Patrimonial, el 7 de julio de 2020 la Gerencia del Área Sanitaria I le remite la documentación solicitada, consistente en dos informes librados por el Coordinador del Centro de Salud ..... y por la Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital “X”, así como

una copia de la historia clínica del paciente obrante en Atención Primaria y en Atención Especializada relativas al proceso de referencia.

La Jefa del Servicio de Medicina Interna señala que tras establecerse la sospecha diagnóstica de “probable ictus isquémico” el médico de guardia de Medicina Interna se puso en contacto con el Servicio de Neurología del Hospital “Y” (hospital de referencia), “que descarta traslado del paciente en ese momento a dicho centro”, por lo que se procede al ingreso “en la REA (dado que carecemos de UVI)”. Añade que “el día 28 de diciembre, tras empeoramiento clínico y con los resultados del TAC de control, se vuelve a comentar el caso con Neurología del (Hospital `Y´), que entonces sí acepta el traslado”.

Por su parte, el Coordinador del Centro de Salud ..... refiere que entre los efectos secundarios de la medicación que tomaba el paciente se encuentran “los episodios isquémicos cerebrales”. Por otro lado, cuestiona que si la urgencia era de tal magnitud porque el neurólogo del centro privado lo remite al centro de salud para valoración urgente por un neurólogo en lugar de cambiarle él mismo el antipsicótico. Y destaca que en los resultados de la resonancia magnética se apreció una “leve hidrocefalia (...) crónica por patología de pequeño vaso”.

**5.** A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración el 1 de febrero de 2021 por dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él, tras analizar la documentación aportada y formular una serie de consideraciones médicas sobre el ictus y su tratamiento, concluyen que “no existían criterios de derivación urgente ni preferente, ya que las lesiones evidenciadas en el TAC cerebral eran de grado leve, crónicas y asintomáticas y no relacionadas con el ictus cerebeloso posterior que padeció” el interesado. Sostienen que “se ha cumplido en todo momento con los protocolos de derivación, y especialmente con el Protocolo Ictus del Principado de Asturias”, explicando que el paciente no fue trasladado

al Hospital “Y” al no ser tributario de tratamiento revascularizador, “por lo que no existe ninguna pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica”.

**6.** Concluida la fase de instrucción del procedimiento, el 22 de marzo de 2021 la Jefa de la Sección de Apoyo notifica al representante del interesado la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El día 6 de abril de 2021 presenta este un escrito en el que se comunica el cambio de representante, ratificándose en el contenido de la reclamación.

**7.** Con fecha 20 de abril de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio con base en las consideraciones emitidas por los especialistas que suscriben el informe elaborado por cuenta de la entidad aseguradora el 1 de febrero de 2021.

**8.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 20 de mayo de 2021, 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 para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 17 de febrero de 2020, y en la misma se reprocha al servicio público sanitario el retraso en el diagnóstico de un ictus isquémico que finalmente se le apreció al interesado el 28 de diciembre de 2018 y para cuya recuperación se le pautó un tratamiento rehabilitador que finalizó el día 21 de febrero de 2019. En estas condiciones, es claro que la reclamación ha sido formulada 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 del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, debemos llamar la atención sobre el tiempo empleado en la instrucción del procedimiento, paralizado en diferentes momentos sin causa aparente que lo justifique. Tal demora contradice el deber de la Administración de actuar conforme a los principios de celeridad e impulso de oficio reconocidos expresamente en el artículo 71 de la LPAC, e incumple el derecho a una buena administración que incluye la resolución de los expedientes en un plazo razonable (artículo 41 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea). Esto provoca que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se haya rebasado ampliamente el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, 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 “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes

de daños que éste 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 aquéllos, 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 del Tribunal Supremo, 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 se interesa una indemnización por los daños y perjuicios que se imputan a la pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica de un ictus.

De la documentación remitida se desprende que el 25 de diciembre de 2018 el interesado fue trasladado en ambulancia al Servicio de Urgencias del Hospital “X” con el diagnóstico de “sospecha de ictus isquémico”. Se solicita valoración al Hospital “Y” (hospital de referencia), que descarta traslado a ese centro, por lo que ingresa en la Unidad de Reanimación Postanestesia (REA) del hospital comarcal, donde permanece hasta el día 28 de diciembre, fecha en la que se deriva al Hospital “Y” por empeoramiento neurológico. Allí se le

diagnostica un "ictus isquémico de art. cerebelosa superior derecha" que precisó ingreso hospitalario y tratamiento rehabilitador para su recuperación, estabilizándose el proceso con las secuelas de "disartria, torpeza motora dcha. (sobre todo en mano) y alt. estática y marcha por ataxia" (informe del Servicio de Neurología, folio 50). Por tanto, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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*.

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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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*). Fuera de estos supuestos 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.

En el supuesto que analizamos el interesado afirma que la asistencia prestada con ocasión del ictus sufrido “no se ha ajustado a la correcta praxis médica”, privándole del oportuno “tratamiento que hubiera evitado la gravedad de lesiones que hoy padece”. El perito que suscribe el informe pericial que adjunta afirma que a pesar de haberse “aportado las pruebas diagnósticas del proceso estudiado ha existido”, tanto por parte de su médico de Atención Primaria como del Hospital “X”, “una pérdida de oportunidad terapéutica”.

Al respecto, debemos comenzar señalando, como hemos apuntado en el Dictamen Núm. 137/2020, que “lo exigible al servicio, tanto en atención primaria como en urgencias, es una atención adecuada a los síntomas por los que la paciente acude, ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y 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". Por otra parte, si bien la pericial aportada por el reclamante alega en términos teóricos la necesidad de otro proceder por parte de los servicios intervinientes, la explicación proporcionada por los mismos acredita el adecuado seguimiento de ciertos protocolos de actuación, lo que debe ser interpretado en términos de admisibilidad de diferentes criterios en el campo médico, prevaleciendo la aplicación de los protocolos seguidos por el centro hospitalario de que se trate.

En primer lugar, el reclamante señala que "durante el año 2018 acudió en varias ocasiones a su centro de salud (...) a consultar por un cuadro de cansancio generalizado (...), con pérdida de agilidad, torpeza en la movilidad, dificultades para caminar", por lo que al no obtener "respuesta satisfactoria" a estas consultas decide acudir a un centro médico privado, donde el 12 de diciembre de 2018 le realizan una RNM craneal que informa de "leve hidrocefalia comunicante, múltiples lesiones de origen isquémico crónicas por patología de pequeño vaso grado I". Según manifiesta, el neuropsiquiatra le indica "que debe consultar urgentemente con especialista en Neurología para valoración del cuadro descrito, con grave riesgo de lesión neurológica". Así, el 21 de diciembre acude a su médico de Atención Primaria para solicitar consulta en la especialidad de Neurología, petición que se cursa por vía normal para el 20 de febrero de 2019. En el informe pericial que aporta el perjudicado se afirma que existió "una dilatación a la hora de solicitarle no a ritmo urgente una consulta especializada en el centro hospitalario de referencia", lo que -según refiere el interesado- "no se produce sino hasta tres días después del ingreso 'X'".

En efecto, revisada la historia clínica del paciente se constata que el día 21 de diciembre de 2018 su médico de Atención Primaria solicita interconsulta al Servicio de Neurología a ritmo "normal" (folio 25). Ahora bien, el reclamante no aporta los informes del centro privado al que acudió y que alertarían de la necesidad de que fuese valorado por un especialista cuanto antes. Sobre esta cuestión, el Coordinador del Centro de Salud ..... se pregunta por qué si la

urgencia era de tal magnitud el neurólogo del centro privado lo remite al centro de salud para valoración en lugar de cambiarle él mismo el antipsicótico. Y destaca que en los resultados de la resonancia magnética (único documento del centro privado que aporta el interesado -folio 24-) se apreció una hidrocefalia de carácter "leve". En efecto, en el informe de la citada prueba no se mencionan en ningún momento signos de alarma o que sugieran hallazgos graves cuya atención deba ser inmediata.

Por su parte, los peritos que informan a instancias de la compañía aseguradora de la Administración sostienen que "no existían criterios de derivación urgente ni preferente, ya que las lesiones evidenciadas en el TAC cerebral eran de grado leve, crónicas y asintomáticas y no relacionadas con el ictus cerebeloso posterior que padeció". Y añade que "aunque le hubiera derivado del modo más urgente posible es imposible que le hubieran visto en Neurología antes del día 25 de diciembre, ya que el 22 y 23 fueron sábado y domingo y el 24 y 25 festivos, por lo que no existe ninguna pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica atribuible al supuesto retraso en la derivación realizado por el médico de Atención Primaria".

A la vista de lo anterior, no podemos dar por acreditado que se haya gestionado indebidamente la petición de interconsulta formulada por su médico de Atención Primaria, toda vez que el reclamante no aporta ninguna prueba que justifique que la misma debió canalizarse por vía urgente o preferente.

En cuanto al incumplimiento del protocolo del "Código Ictus", en el informe pericial que acompaña se sostiene que "el 25 de diciembre de 2018 el paciente precisa un ingreso urgente en el Hospital 'X' (...) ante la presencia de un infarto isquémico subagudo que determinó un ictus y que, si aplicamos el protocolo Código Ictus (...), debería haberse considerado como una emergencia médica, que lo es, y trasladado al hospital de referencia", en este caso el Hospital "Y", "para lo que tuvieron que pasar tres días (...). Esto originó un cuadro clínico secular de importantes déficits (...), tanto en el orden motor como en el orden cognitivo, que influyen directamente en una situación en la cual el paciente es dependiente para todas las actividades de la vida diaria". Y

destaca el interesado que durante su ingreso en el Hospital "X" "nunca fue examinado por un neurólogo".

Al respecto, la Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X" explica que tras establecerse la sospecha diagnóstica de "probable ictus isquémico se solicita valoración del médico de guardia de Medicina Interna (en el Hospital "X" no existen guardias de especialidad)", el cual se puso en contacto con Neurología del Hospital "Y" (hospital de referencia), "que descarta traslado del paciente en ese momento a dicho centro" y "recomienda el ingreso en el Hospital "Y" para completar estudios y si hubiese cambios llamativos (...) comentar nuevamente"; por ello, se procede al ingreso "en la REA (dado que carecemos de UVI)", donde se puede hacer "una estrecha vigilancia y monitorización de un paciente las 24 horas por si hubiese algún cambio en la situación clínica del mismo". Señala que en los días sucesivos el enfermo fue asignado a la Sección de Neurología hasta que el día 28 de diciembre, "tras empeoramiento clínico y con los resultados del TAC de control, se vuelve a comentar el caso con Neurología" del Hospital "Y", "que entonces sí acepta el traslado".

A juicio de los especialistas que informan a instancias de la entidad aseguradora, "esta actuación es totalmente adecuada a la *lex artis*, ya que el tiempo de evolución era superior a 4 horas y media (en caso de ictus del despertar se toma como referencia la última vez que el paciente fue visto asintomático), por lo que no está indicada la fibrinólisis intravenosa por no ser eficaz y exceder por lo tanto los riesgos a los beneficios". Tampoco estaba indicada en este paciente la trombectomía mecánica "por tratarse de una arteria distal de pequeño calibre". Así, según el Código Ictus aprobado por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias en el año 2017, uno de los criterios que se debe cumplir para la realización de trombectomía mecánica es la "constancia de obstrucción de una gran arteria extra o intracraneal". Por tanto, "este paciente no podía beneficiarse de un traslado" al Hospital "Y", ya que el único tratamiento posible en su caso (control de TA, estatinas, antiagregantes y/o anticoagulantes y vigilancia estrecha) podía realizarse en el Hospital "X", y así se hizo". Por ello, concluyen que "no existe ninguna pérdida

de oportunidad diagnóstica ni terapéutica fruto de la no derivación del paciente” al Hospital “Y”, habiéndose “cumplido en todo momento con los protocolos de derivación, y especialmente con el Protocolo Ictus del Principado de Asturias”.

Además, en el exhaustivo informe pericial que aporta la Administración sanitaria se recoge que durante el ingreso posterior en el Hospital “Y” se le practicaron al paciente una resonancia y una angioresonancia magnética, siendo esta última “la prueba indicada para (la) visualización de los vasos sanguíneos”, estableciéndose el diagnóstico de “permeabilidad de las principales arterias intracraneales, sin estenosis significativas ni formación de aneurismas”. Este resultado “apoya aún más que la trombectomía no estaba indicada (no había trombo que extraer) y, por tanto, no había motivo” para su traslado al hospital de referencia, ya que “el tratamiento indicado en su caso podía realizarse en el Hospital ‘X’”.

Finalmente, cabe señalar que tras el ingreso del paciente en la Sección de Neurología del Hospital “Y” -28 de diciembre de 2018- se continuó el tratamiento, el estudio y la vigilancia neurológica en este centro, así como la terapia de rehabilitación con buena evolución pero sin recuperación completa.

En su escrito de alegaciones, el perjudicado no cuestiona ni refuta las consideraciones médicas reflejadas en el informe pericial que presenta la Administración sanitaria, ni tampoco las contundentes conclusiones sobre la inexistencia de pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica, por lo que examinada la documentación clínica remitida estimamos que el tratamiento dispensado al paciente fue adecuado y conforme al protocolo establecido, poniendo a su alcance los medios disponibles en cada momento.

En definitiva, el interesado no fue derivado al Hospital “Y” al no ser tributario de tratamiento revascularizador, teniendo en cuenta los tiempos de evolución -hora de inicio de los síntomas- y los criterios de inclusión/exclusión fijados en el Protocolo para el acceso a terapias de reperfusión cerebral, ya sea farmacológica o mecánica. Lo anterior nos impide apreciar la existencia de la invocada pérdida de oportunidad terapéutica y consideramos que la atención sanitaria dispensada al paciente ha sido acorde a la *lex artis ad hoc*, resultando

que las secuelas que padece son consecuencia del ictus sufrido, sin que ninguna responsabilidad alcance al funcionamiento del servicio público sanitario.

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 .....

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.