

Dictamen Núm. 116/2022

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
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 26 de mayo de 2022, 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 7 de marzo de 2022 -registrada de entrada el día 11 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye a lo que considera un error y retraso diagnósticos.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 30 de junio de 2021, el interesado presenta en el registro de la Delegación del Gobierno en Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños y perjuicios que atribuye a “dos diagnósticos erróneos y el posterior retraso en el correcto diagnóstico” de un ictus.

Expone que el día 23 de julio de 2018 fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital, refiriendo en el momento del ingreso -según figura en el informe correspondiente- que “a las 13:00 h de hoy presenta sensación

de mareo sin otra sintomatología, el cual se autolimita a los pocos minutos, luego 2 horas después (...), mientras comía, nuevamente sensación de mareo y luego múltiples episodios eméticos de contenido alimentario asociado a diaforesis. Niega dolor torácico". Se establece el diagnóstico de "gastroenteritis" y es dado de alta hospitalaria ese mismo día.

Señala que el 4 de agosto de 2018 acude nuevamente al Servicio de Urgencias por "historia de vértigo de tres días de evolución, de inicio insidioso que ha ido progresando hasta limitar su actividad funcional. Relata que es de sensación periférica (los objetos dan vueltas alrededor de él), que se exagera al estar de pie y se atenúa con el reposo e inmovilizar la cabeza (...). Episodio similar al actual hace aprox. 10 días que resolvió con medicación indicada en este centro hospitalario; sin embargo, (los) síntomas han vuelto a aparecer por lo que acude (...) para evaluación y manejo. A su vez relata cefalea secundaria, holocefálica, que se exagera con el vértigo. Niega fiebre". Se le diagnostica de "vértigo periférico" y se le da el alta hospitalaria.

Manifiesta que el 7 de agosto de 2018 vuelve al Servicio de Urgencias "ante la persistencia de la inestabilidad para la marcha y la aparición de nueva clínica (...). Niega clínica disártrica, disfagia o disfonía. No diplopía o alteraciones visuales. No acúferos. Hace diez días episodio autolimitativo de mareo y vómitos. No cefalea/cervicalgia distintas de las habituales ni traumatismo craneo-cervical". Con el diagnóstico de "infarto isquémico subagudo en territorio de la pica derecha de etiología indeterminada. Alteración de pruebas de función hepática", es ingresado en el Servicio de Neurología, donde permanece hasta el 21 de agosto de 2018, en que es dado de alta hospitalaria.

Indica que tras el alta "precisó de tratamiento y seguimiento médico del Servicio de Neurología" y "varios ingresos en el Servicio de Urgencias (...) al agravarse las lesiones producidas por el ictus".

Por último, reseña que el 17 de julio de 2020 le fue notificada resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social "denegándole la incapacidad permanente y dándole el alta médica por incapacidad temporal".

Considera que “como consecuencia de los diagnósticos defectuosos por los Servicios de Urgencias (...) se retrasó el tratamiento del diagnóstico correcto, que no era otro que un ictus que de haber sido diagnosticado a tiempo los daños y las secuelas derivados del mismo serían inexistentes o sustancialmente menores”. Añade que “como secuelas” presenta “dificultades de movilidad, inestabilidad, deambular con un apoyo, pérdida de memoria, dificultades para la conducción, alteraciones para la escritura, dolores, etc., con la consiguiente pérdida de calidad de vida”.

Solicita una indemnización de sesenta mil euros (60.000,00 €), por los daños y perjuicios sufridos.

2. Mediante oficio de 8 de julio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. El día 31 de agosto de 2021, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente y los informes elaborados por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias y por la Jefa de la Sección de Enfermedades Neurodegenerativas y Jefa del Servicio de Neurología en Funciones, ambos del Hospital

En el emitido por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias se recoge que el paciente “acudió en dos ocasiones al Servicio de Urgencias, previas a su ingreso hospitalario, relacionadas con la reclamación presentada. En la primera (...), el 23 de julio de 2018, no se objetivó un origen neurológico del cuadro clínico ‘autolimitado’ que refería. En la segunda, el 4 de agosto del mismo año, la sintomatología descrita se etiquetó de ‘vértigo’, atribuyéndole un origen periférico y que, según consta en su historia, mejoró tras la administración de sulpirida y metilprednisolona, tratamientos sintomáticos

habituales para esta entidad clínica, pudiendo el paciente resultar alta con tratamiento y observación domiciliaria”.

Por su parte, la Jefa de la Sección de Enfermedades Neurodegenerativas observa que “la causa del estado actual del paciente se atribuye a un infarto isquémico subagudo en territorio de la PICA derecha de etiología indeterminada”, diagnosticado el 7 de agosto de 2018, que requirió ingreso en el Servicio de Neurología para estudio y tratamiento. Durante ese ingreso se realizaron los estudios complementarios pertinentes con el objetivo de identificar la causa que motivó el ictus, incluyendo analíticas, estudios de neuroimagen (Tac craneal, eco Doppler de troncos supraórticos, Doppler transcraneal y resonancia magnética cerebral) y estudio cardiológico (que incluyó monitorización electrocardiográfica y del resto de constantes vitales durante su estancia en la Unidad de Ictus, así como la realización de un ecocardiograma); y además se solicitó valoración al Servicio de Medicina Interna para estudio por la alteración de las pruebas de función hepática objetivadas en la analítica./ Por otra parte, al alta hospitalaria el paciente recibió las recomendaciones terapéuticas, dietéticas y de hábitos de vida adecuados para realizar profilaxis terciaria de enfermedad cerebrovascular, siendo citado en consulta ambulatoria del Servicio de Neurología para seguimiento clínico. Además, se solicitó consulta al Servicio de Hematología para estudio de trombofilia, y también a los Servicios de Cardiología para descartar cardiopatía (Holger y ecocardiograma de estrés) y Nefrología para valoración de tensión arterial, habiéndose solicitado además la realización de una nueva resonancia magnética cerebral./ Por último, cabe destacar que el estudio de trombofilia identificó la presencia de anticuerpo lúcido circulante, alteración biológica adquirida que aumenta el riesgo trombótico en situaciones de riesgo de enfermedad tromboembólica vascular y que, por tanto, podría explicar el origen del ictus que presentó el paciente./ En consecuencia, del análisis de la historia clínica (...) no se observan actuaciones por parte de este Servicio de Neurología fuera de las recomendaciones de las guías de práctica clínica y sí un seguimiento estricto de las mismas, tanto en lo referente a las

pruebas efectuadas y tratamientos pautados como al momento en que los mismos se realizaron”.

4. Con fecha 20 de septiembre de 2021, emiten informe pericial a instancia de la entidad aseguradora de la Administración dos especialistas, uno de ellos en Neurología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él concluyen, en relación con la asistencia recibida los días 23 de julio y 4 y 7 de agosto de 2018 en el Hospital, que “se han puesto en todo momento los medios necesarios y disponibles de acuerdo con el cuadro clínico que presentaba el paciente”.

Respecto a la atención prestada a partir de la segunda ocasión en la que acude al Servicio de Urgencias -4 de agosto de 2018-, señalan que “se diagnosticó al paciente de vértigo desde el primer momento, diagnóstico correcto, y se llevaron a cabo una anamnesis y exploración física encaminadas a dilucidar si se trataba de un vértigo central o periférico, por lo que se siguió el protocolo diagnóstico de vértigo (...). Dada la ausencia de focalidad neurológica en la exploración física (parálisis, pérdida de sensibilidad, dificultad para hablar o entender que nos hagan pensar en origen central) se sospechó origen periférico y se procedió a tratarlo como tal (...). Tras el tratamiento con sedante vestibular (Dogmatil), que es efectivo solo en los casos de vértigo periférico y analgesia, mejoraron el mareo y la cefalea, lo que apoyó aún más la sospecha de vértigo de origen periférico, por lo que así se diagnosticó y se dio de alta al paciente con tratamiento y con la recomendación de volver en caso de empeoramiento (...). Se trataba de distinguir entre vértigo periférico y central (...). En los ingresos previos `no había déficit neurológico focal agudo´ de ningún tipo, por lo que no se podía suponer que sufriese un ictus (...). El diagnóstico se realizó en el momento (en) que aparecieron síntomas neurológicos, sin que existiera retraso alguno en su diagnóstico (...). No cumplía criterios de activación de Código Ictus según el protocolo vigente (...). Los hallazgos finales de su estudio evidenciaron un trastorno hematológico que produce un mayor riesgo trombótico y sin existir patología específica

cerebrovascular (...). Con estos resultados diagnósticos el paciente no habría podido beneficiarse de terapias más agresivas, como la anticoagulación, la fibrinólisis o la extracción mecánica de trombos, al no existir patologías que indicasen su aplicación (...). En el caso hipotético de un adelanto en su diagnóstico, la evolución clínica y su tratamiento hubiesen sido los mismos y las secuelas y (el) daño neurológico no habrían sufrido modificación alguna, por lo que no se puede hablar, en ningún caso, de una pérdida de oportunidad terapéutica atribuible a los actos médicos objeto de reclamación”.

5. Mediante oficio notificado al interesado el 27 de octubre de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia de la documentación obrante en el expediente.

El día 15 de noviembre de 2021, el reclamante solicita una prórroga del plazo conferido para formular alegaciones poniendo de manifiesto su interés en “aportar informe pericial acreditativo de sus pretensiones”.

Mediante escrito notificado el 25 de noviembre de 2021, se le concede una ampliación del plazo de 8 días.

No consta en el expediente que se hayan presentado alegaciones.

6. Con fecha 3 de enero de 2022 el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, haciendo suyas las conclusiones del informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, propone la desestimación de la reclamación.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de marzo de 2022, 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 adverada 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 según 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, de conformidad con 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 señalado 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.

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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 30 de junio de 2021, y si bien en la misma el interesado cuestiona la asistencia sanitaria prestada los días 23 de julio y 4 de agosto de 2018, el diagnóstico

posterior, el 7 de agosto, de un “infarto isquémico subagudo” que provocó un ingreso hospitalario del que fue alta el 21 de agosto de 2018 evidenció que desde ese momento ha precisado de constante tratamiento y seguimiento, y que en la revisión efectuada en marzo de 2021 se constata que “deambula con un apoyo. Ha caído en varias ocasiones por la inestabilidad (...). Refiere también pérdida de memoria y alteraciones para la escritura”, lo que determinó que el 7 de abril de 2021 el facultativo actuante informara (folio 154 de la historia Millennium) acerca de su incapacidad “para realizar la actividad laboral que tenía previamente al ictus”.

Así las cosas -y considerando que la prescripción, en cuanto modo de terminación del procedimiento que impide entrar en el análisis de fondo, ha de ser interpretada restrictivamente en atención al principio *pro actione*-, entendemos que -tomando como referencia la fecha de 7 de abril de 2021, en la que se despeja un extremo trascendente para delimitar el alcance del daño como es la imposibilidad de continuar realizando la actividad laboral previa al ictus sufrido-, la reclamación presentada el 30 de junio de 2021 ha sido formulada en el plazo de un año legalmente establecido.

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, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya 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 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 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 el interesado solicita una indemnización por los daños y perjuicios que entiende derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Servicio de Urgencias del Hospital los días 23 de julio y 4 de agosto de 2018. Reprocha que en esas dos ocasiones pasara desapercibido un “infarto isquémico subagudo en territorio de la pica derecha” que le sería diagnosticado en el mismo centro el día 7 de agosto de 2018.

La documentación incorporada al expediente confirma el relato fáctico en el que el perjudicado basa su reclamación, por lo que podemos dar por acreditados, siquiera sea a efectos meramente dialécticos, los daños alegados -un posible error y retraso diagnóstico al que asocia una hipotética pérdida de oportunidad terapéutica-, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar de los mismos en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Al respecto, y como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 142/2019), 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

eventualmente pueda sufrir 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 en el contexto de las circunstancias apreciadas en cada caso. 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 y cuya efectividad ha sido acreditada 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 la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*. En definitiva, como declara la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 13 de

mayo de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:1566- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), “solo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis* responde la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberán ser soportados por el perjudicado. La obligación se concreta en prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Estamos ante un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida; criterio que es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad”.

También ha subrayado este Consejo (entre otros, 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; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 22 de diciembre de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:3949- (Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 1.ª).

Asimismo, y puesto que se reprocha un error de diagnóstico, hemos de recordar que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, como venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 66/2021), la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada

paciente, ni mucho menos ampara la realización prospectiva o indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

Debemos subrayar, asimismo, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que quien persiga una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico deba 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 una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la utilización de técnicas y medios distintos de los empleados.

Por otra parte, debemos subrayar que cuando se reclama por una pérdida de oportunidad terapéutica no solo ha de acreditarse una mala praxis médica sino también la puntual disponibilidad de una técnica que, aplicada al caso concreto, hubiera conducido a un mejor resultado.

A la vista de lo expuesto, observamos que el escueto e inconcreto reproche sobre el que el interesado hace descansar toda su reclamación -esto es, que "como consecuencia de los diagnósticos defectuosos por los Servicios de Urgencias (...) se retrasó el tratamiento del diagnóstico correcto, que no era otro que un ictus, que de haber sido diagnosticado a tiempo los daños y las secuelas derivadas del mismo serían inexistentes o sustancialmente menores"- aparece desprovisto de una mínima carga probatoria en forma de informe médico-pericial que avale tales afirmaciones a los efectos de fundamentar con base en ellas una supuesta infracción a la *lex artis* en la asistencia recibida. Carencia de un mínimo soporte probatorio que se produce, por lo demás, en un procedimiento en el que, ampliado el plazo para formular alegaciones a instancias del perjudicado con la finalidad específica "de aportar informe pericial acreditativo de sus pretensiones" -según manifiesta-, finalmente ni presenta alegaciones ni la anunciada pericia.

Tal modo de proceder, que -como hemos advertido en casos similares (por todos, Dictamen Núm. 181/2019)- supone formular la reclamación en vía

administrativa con base en vagas imputaciones que solamente serían concretadas y probadas, en su caso, ante ulteriores instancias, resulta cuando menos reprobable en cuanto que implica privar tanto a la Administración frente a la que se reclama como a este Consejo de un análisis completo de las cuestiones que suscita la acción de responsabilidad. En las condiciones expuestas, esta total indeterminación y carencia absoluta de elemento probatorio alguno en orden al establecimiento del nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario resulta de por sí suficiente para concluir que en el presente caso no se ha acreditado la relación de causalidad, cuya existencia es inexcusable para un eventual reconocimiento de responsabilidad de la Administración.

Por lo demás, los diferentes informes incorporados al expediente, tanto el elaborado por los servicios afectados como el pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, únicos soportes probatorios puestos a disposición de este Consejo Consultivo y sobre los cuales ha de formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la atención prestada al reclamante y a los que nos remitimos para evitar repeticiones innecesarias, coinciden en considerar como acorde a este parámetro la asistencia sanitaria recibida a lo largo de todo el proceso.

En particular procede señalar, de una parte, que como venimos reiterando (entre otros, Dictamen Núm. 137/2020), lo exigible a los diferentes niveles de los servicios sanitarios es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el 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, hemos de atenernos a la explicación proporcionada en los informes emitidos por los Servicios intervinientes, que acreditan con el debido respaldo científico que no concurrían síntomas reveladores de un ictus en las dos asistencias recibidas en

los Servicios de Urgencias. En la primera, porque “no se objetivó un origen neurológico del cuadro clínico ‘autolimitado’ que refería”, y en la segunda porque “dada la ausencia de focalidad neurológica en la exploración física (parálisis, pérdida de sensibilidad, dificultad para hablar o entender que nos hagan pensar en origen central)” la sintomatología se etiquetó de “vértigo”, “atribuyéndole un origen periférico y que, según consta en su historia, mejoró tras la administración de sulpirida y metilprednisolona”, siguiéndose los protocolos ajustados a dicha patología. Únicamente en la asistencia del 7 de agosto de 2018 se evidencia un empeoramiento de los síntomas que conducen a la sospecha de un ictus y determinan su ingreso en el Servicio de Neurología para estudio y tratamiento, realizándose las pruebas complementarias pertinentes con el objetivo de identificar su causa, “incluyendo analíticas, estudios de neuroimagen (Tac craneal, eco Doppler de troncos supraórticos, Doppler transcraneal y resonancia magnética cerebral) y estudio cardiológico (que incluyó monitorización electrocardiográfica y del resto de constantes vitales durante su estancia en la Unidad de Ictus, así como la realización de un ecocardiograma)”. En este contexto, no cabe apreciar ninguna infracción de la *lex artis* sino el adecuado seguimiento de ciertos protocolos de actuación, lo que debe ser interpretado en términos de admisibilidad de diferentes criterios en el campo médico en la filiación de los síntomas evidenciados en cada momento de la asistencia sanitaria.

En definitiva, no quedando probada insuficiencia alguna de medios diagnósticos empleados en la atención prestada al interesado los días 23 de julio y 4 de agosto de 2018 en el Servicio de Urgencias del Hospital, este Consejo entiende que no cabe exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza, por lo que la presente reclamación ha de ser desestimada.

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.