

Dictamen Núm. 3/2023

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 12 de enero de 2023, 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 12 de agosto de 2022 -registrada de entrada el día 17 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos a causa del fallecimiento de su hijo por COVID-19, que atribuyen a una incorrecta asistencia sanitaria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 4 de febrero de 2022, los interesados presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Salud- por los daños derivados de la muerte de su hijo por COVID-19.

Según refieren, su único hijo, que prestaba “servicios como Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería”, inicia el 27 de octubre de 2020 una “situación de incapacidad temporal por diagnóstico de `COVID-19 caso confirmado ´”, en la que permanece “hasta el día 28-12-2020”.

Indican que en el curso de este proceso “comienza a presentar fiebre, tos y disnea a mínimos esfuerzos, por lo que acude a Urgencias los días 30-10-2020 (...), 02-11-2020 y 4-11-2020, quedando ingresado en régimen hospitalario este último día por presentar ya en radiografía de tórax `neumonía bilateral por COVID 19´, ingreso que se prolongaría hasta el día 16-11-2020”, siendo “positivo al COVID-19 confirmado con pruebas PCR los días 26-10-2020 y 12-12-2020”.

Señalan que el 24-11-2020 su médica de Atención Primaria aprecia que “se encuentra muy cansado y todavía con tos, empieza a salir a dar pequeños paseos”, y reprochan a la facultativa que “se limitó a apuntar los síntomas pero en ningún momento solicitó un estudio de analítica para conocer el posible origen de ese cansancio tan acusado”, dándole “el alta médica con fecha 28-12-2020 sin más seguimiento ni control para saber de dónde provenía ese cansancio y fatiga”.

El 31 de enero de 2021 su hijo vuelve a “causar situación de incapacidad temporal por diagnóstico de `infección respiratoria alta (...)´ y `fiebre´”. Acude a Urgencias ese mismo día a las 19:28 horas, y el 1 de febrero a las 01:48 horas, y contacta con su médica de Atención Primaria el día 2 de febrero, que “se limita a prescribir Ibuprofeno por teléfono, sin acceder a examinarlo en consulta”. El 3 de febrero “continúa presentando disnea hasta hacerse de reposo y fiebre persistente que no responde al tratamiento. Así pues, de nuevo contacta por teléfono con su médica de cabecera (...), quien sigue sin acceder a examinarlo en consulta y apunta: `consulta porque no mejora de la fiebre y del dolor. No lleva ni 48 horas de tratamiento. Recomendando esperar al viernes-sábado y si no mejoría volver a ponerse en contacto con nosotros”. Ante tal respuesta el paciente acude a la Fundación Hospital “X” esa noche, y “tal era el estado que presentaba que se acuerda su ingreso hospitalario a las 00:04 horas del día 04-02-2021”.

El 6 de febrero es trasladado al Hospital “Y”, “donde ingresa en Medicina Intensiva por `insuficiencia respiratoria´”. Afirman que ya el día del ingreso “se cometen varios errores al solicitar al Servicio de Microbiología información

sobre el valor del ion potasio y no enviar muestra, y también al solicitar al mismo Servicio de Microbiología el análisis de un hemocultivo y tener este que informar `considerado contaminación desde el punto de vista microbiológico al ser colonizante cutáneo habitual y no obtenerse crecimiento del mismo microorganismo en varias extracciones. Extremar las medidas de asepsia en extracción de los hemocultivos´´.

Finalmente, su hijo fallece en el Hospital "Y" el día 7 de febrero de 2021, a las 9:30 horas.

En cuanto a la causa de la muerte, reseñan que "en el certificado médico de defunción consta como `causa mediata` el `fallo multiorgánico`, pero señala en `otros procesos`: `COVID-19` y `vacunación COVID (enero 14-01)´", y que en el informe de autopsia se explica que "el estudio histológico, inmunohistoquímico y microbiológico confirman una etiología viral del cuadro a expensas de un herpes simple tipo 1. Se trata de una probable reactivación del VHS en el contexto de un cuadro de inmunosupresión, secundaria a la toma de corticoesteroides en los meses previos, durante el transcurso de su enfermedad por coronavirus". Asimismo, significan que le fue concedida a su hijo la Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil a título póstumo "por haber sido uno de los profesionales sanitarios y de apoyo a los sistemas de salud fallecidos en la lucha contra la pandemia del COVID-19".

Refieren que examinado el historial médico de su hijo por el especialista en Medicina Legal y Forense que identifican, este afirma que "la causa fundamental" del fallecimiento y "la que origina el proceso con evolución irreversible" fue "la infección por COVID-19 con afectación multisistémica", apreciando asimismo que la asistencia prestada "se aleja de una correcta *lex artis*" al no haber sido "valorado en su justa medida el estado clínico del paciente", ni las "posibles repercusiones de su estado de salud sobre el pronóstico de la evolución del mismo". Según indican, el perito también entiende que "se ha producido una deficiente utilización de los medios diagnósticos adecuados y, por consiguiente, de las medidas terapéuticas y preventivas congruentes con su estado", con la consiguiente "pérdida de

oportunidades (...) en cuanto a su curación, ya que, sin poder precisar lo que hubiera ocurrido de haberse actuado acorde con el estado clínico del paciente, lo esperable es que se hubiera evitado la evolución a la situación irreversible de su fallecimiento”.

Solicitan una indemnización de doscientos treinta y siete mil doscientos sesenta y un euros con cuarenta y dos céntimos (237.261,42 €) “aplicando orientativamente el baremo de la Ley 35/2015”, comprensiva, además de la indemnización por fallecimiento, de los siguientes conceptos: “perjuicio personal grave” correspondiente a 18 días de hospitalización, “perjuicio personal moderado” por 71 días de baja laboral y “lucro cesante” por imposibilidad de dedicarse tanto a su actividad profesional como a las “tareas del hogar y cuidado de la familia” durante la baja, teniendo en cuenta que convivía con sus padres y se encargaba de la casa y “de los cuidados que necesitaba su madre (...), afectada por una discapacidad del 52 %”.

2. El día 24 de febrero de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas requiere a los interesados para que acrediten en el plazo de diez días “el parentesco con el perjudicado”, con advertencia de que “si así no lo hicieran se les tendrá por desistidos en su reclamación”.

3. Con fecha 8 de marzo de 2022, una persona autorizada por los reclamantes presenta en el registro electrónico un escrito firmado por ellos al que se adjunta una copia de sus documentos nacionales de identidad y del Libro de Familia.

4. Mediante oficio de 9 de marzo de 2022, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo establecido para la resolución del mismo y los efectos del silencio administrativo.

5. Los días 23 de marzo y 4 y 6 de abril de 2022, la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV, la Fundación Hospital "X" y el Gerente del Área Sanitaria V remiten, respectivamente, al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente de Atención Primaria y Especializada, así como los informes de los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna de la Fundación Hospital "X" y de la facultativa de Atención Primaria.

En el informe librado el 29 de marzo de 2022 por el responsable del Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital "X" se describe el curso clínico del paciente desde el inicio de la infección por COVID-19, confirmada en PCR el 26 de octubre de 2020. En él indica que el paciente estuvo al inicio "prácticamente asintomático", con "leve tos no productiva", y que el día 2 de noviembre acude al Servicio de Urgencias refiriendo "dificultad respiratoria desde ese mismo día" y "fiebre y malestar general" desde hacía "varios días". Se le realiza exploración física y pruebas complementarias, evidenciándose en la analítica la infección por COVID-19 sin signos de neumonía en la radiografía de tórax. Según señala, no existían entonces "infiltrados pulmonares" ni "insuficiencia respiratoria", el paciente "tenía una saturación al 96 % (aire ambiente) y estaba estable hemodinámicamente. No cumplía con criterios de ingreso, ni de tratamiento antibiótico ni con heparinas, ni de oxigenoterapia", por lo que se decide "alta con tratamiento". Manifiesta que el 4 de noviembre acude nuevamente a Urgencias por empeoramiento clínico, obteniéndose en el triaje saturaciones del 95 % sin aporte externo de oxígeno, aunque en la radiografía de tórax se ven "infiltrados pulmonares bilaterales compatibles con neumonía por COVID", decidiéndose entonces su ingreso en la planta COVID a cargo de Medicina Interna hasta el 16 de noviembre de 2020, instaurándose tratamiento con corticoides, oxigenoterapia y antibióticos. El 30 de enero de 2021 acude de nuevo a Urgencias por "presentar de nuevo tos, malestar y odinofagia, refiriendo disnea leve, que se mantenía desde el alta hospitalaria

pero que no había empeorado./ Se le realizaron las pruebas complementarias pertinentes en Urgencias (...), una radiografía de tórax que descartaba neumonía y una analítica de sangre en la que había una leve mejoría en algunos valores respecto a la última realizada en su ingreso anterior". Con base en la clínica, "se suponía en ese momento un cuadro vírico leve y con la normalidad de las pruebas complementarias fue alta a domicilio con tratamiento (corticoide oral, paracetamol y salbutamol) y con el diagnóstico de infección respiratoria de vías altas./ A las 48 h (...) volvió a Urgencias por persistencia de malestar, fiebre y odinofagia y un vómito alimenticio". Se llevó a cabo exploración y valoración médica, así como pruebas complementarias que "descartaban un proceso infeccioso grave o sepsis", por lo que fue dado de "alta a domicilio para observación y continuidad del tratamiento pautado anteriormente, al que se añadió amoxicilina-clavulánico". El día 3 de febrero acude de nuevo a Urgencias y solicitadas nuevas pruebas se aprecia la "disminución de células blancas" y "un empeoramiento de las pruebas de función hepática con respecto a las determinaciones previas". Este empeoramiento se relaciona con "probable hepatitis vírica" y "las alteraciones en el hemograma se interpretaron como resultado de un proceso infeccioso que, a la vista de la ausencia de foco y los niveles de procalcitonina, también orientaban a un proceso vírico", por lo que se solicitó valoración por el Servicio de Medicina Interna, que decidió el ingreso para monitorización de la evolución y completar estudios. Afirma que en el Servicio de Urgencias "se realizó una valoración completa del estado del paciente, se solicitaron las pruebas complementarias acordes a cada momento clínico y se solicitó interconsulta al Servicio de Medicina Interna cuando se consideró preciso (...). Se siguieron los protocolos que en ese momento estaban vigentes, tanto en formas de actuación como en el tratamiento en las infecciones por COVID".

En el informe librado por el Coordinador del Servicio de Medicina Interna de la Fundación Hospital "X" se indica que el paciente estuvo ingresado a cargo de su Servicio en dos ocasiones, del 4 al 16 de noviembre de 2020 "afectado por una neumonía bilateral por COVID con buena evolución", y del 3 al 5 de

febrero de 2021. Al inicio de este segundo ingreso “solo se destaca la existencia de amigdalitis y dolor en el hipocondrio derecho, siendo la exploración cardiopulmonar y el resto de la exploración general normal./ En las pruebas complementarias al ingreso se recoge la existencia de un test rápido de antígeno para el *Streptococcus pyogenes* débilmente positivo y una alteración de las transaminasas, compatible con una hepatitis aguda sin datos de insuficiencia hepática, con bilirrubina normal y tasa de protrombina de 69 % (...). Al ingreso, tanto la radiografía de tórax como la ecografía abdominal no muestran signos de patología./ Se solicitan numerosos estudios microbiológicos para conocer el origen del síndrome febril, así como de la hepatitis. Un porcentaje significativo de ellos se solicitaron al (Hospital ‘Y’). Como los obtenidos” en la Fundación Hospital “X” “son negativos se amplían, remitiendo nuevas muestras al laboratorio” de aquel centro. Las muestras no evidencian “la existencia de VHC, VHB, VIH, Lúes, ni de infección aguda por toxoplasma, CMV o virus de Ebstein Barr. Tampoco creció ningún germen en orina, sangre o exudados orales o amigdalares. La PCR para SARS-CoV-2 y la gripe fueron negativas./ Durante estas primeras 24 horas del ingreso el paciente recibe tratamiento antibiótico y sintomático con corticoides, inhaladores y antitérmicos”. El día 5 de febrero se observa “la existencia de una neumonía bilateral, ampliándose el tratamiento antibiótico para cubrir los posibles patógenos (...). Durante la tarde el paciente empeora de la insuficiencia respiratoria, sin respuesta al tratamiento pautado, con empeoramiento de las lesiones radiológicas y apareciendo un probable síndrome hemofagocítico, se indica la intubación y ventilación mecánica con posterior traslado a la UVI” del Hospital “Y”.

Descarta que la infección mortal haya sido propiciada por una inmunodeficiencia producida por los corticoides pautados durante la infección por COVID, teniendo en cuenta que los tomó únicamente “durante el ingreso de noviembre de 2020 y hasta 14 días después del alta”, y no volvió a recibirlos “hasta que se pautaron en el Servicio de Urgencias el día 30 de enero de 2021”, y considerando que “según el documento sobre Calendario de

Vacunación del adulto y vacunación en situaciones especiales de la Dirección General de Salud Pública del año 2014: “Las dosis de corticoides consideradas inmunosupresoras se corresponden con un tratamiento sistémico de ≥ 2 mg/kg/día de prednisona o equivalente, o una dosis diaria de ≥ 20 mg durante más de 2 semanas”.

Subraya la aparente “contradicción” entre el certificado de defunción y el resultado de la autopsia en lo que a la causa de la muerte se refiere, pues -según señala- “no se pudo demostrar infección por el SARS-CoV-2 en el episodio que produjo su fallecimiento (por los datos del laboratorio de nuestro hospital) y parece que la histopatología de la muestra de la necropsia era compatible con una infección por herpes”.

En cuanto a los medios diagnósticos aplicados, significa que “los protocolos de actuación ante una infección pulmonar de la que se desconoce la etiología y evoluciona de forma desfavorable recomiendan la realización de estudios invasivos, estudios que suelen realizarse durante el ingreso del paciente en la UVI porque suelen encontrarse en una situación de mayor gravedad (ver neumonía adquirida en la comunidad. Normativa SEPAR de 2010). Todas estas técnicas no se pudieron programar en el hospital por la rapidez con que se produjo el empeoramiento clínico que obligó a priorizar el soporte de la insuficiencia respiratoria aguda”.

Tras analizar las aseveraciones del perito, que a su juicio han de considerarse como meras “conjeturas” ante la ausencia de “argumentación asociada a las mismas”, concluye que “en todo momento se adecuaron las medidas terapéuticas a la situación de gravedad del paciente. Los medios diagnósticos son los que se recogen en los protocolos de actuación para las infecciones respiratorias y no se pudo progresar en los mismos por la gravedad de la enfermedad respiratoria -neumonía por virus del herpes simple bilateral a tenor de lo recogido en la autopsia-. Esta infección, que es muy infrecuente y se presenta en pacientes muy inmunodeprimidos, con mucha frecuencia termina con la vida de los pacientes que la presentan por la enorme dificultad que conlleva su diagnóstico”.

Por su parte, la facultativa de Atención Primaria afirma haber “cumplido fiel y puntualmente” con sus obligaciones.

6. Atendiendo a la solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante, el 27 de mayo de 2022 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite el informe de autopsia. En él consta que “el estudio anatomopatológico muestra un cuadro de sepsis con fallo multiorgánico como causa del exitus. El estudio histológico, inmunohistoquímico y microbiológico confirman una etiología viral del cuadro a expensas de un virus herpes simple tipo 1. Se trata de una probable reactivación del VHS-1 en el contexto de un cuadro de inmunosupresión, secundaria a la toma de corticosteroides en los meses previos, durante el transcurso de su enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2. La afectación viral es multiorgánica, identificándose cambios virales en varios órganos, siendo la más grave la afectación hepática (hepatitis aguda fulminante, con necrosis hepática subtotal). A nivel pulmonar se identifican cambios de neumonitis viral, con signos de distrés respiratorio y fibrosis focal incipiente; se observan mínimos focos de fibrosis evolucionada que podrían guardar relación con el cuadro previo de neumonía por SARS-CoV-2, aunque es difícil asegurarlo. Los riñones muestran signos de necrosis tubular aguda, en el contexto del shock séptico. Sobreañadido al cuadro infeccioso, y probablemente causado por él, se observan signos de hemofagocitosis a nivel ganglionar, esplénico y en la médula ósea; este hallazgo, junto con los parámetros clínicos y analíticos del paciente (fiebre, esplenomegalia, pancitopenia, hiperferritinemia, hipofibrinogenemia e hipertrigliceridemia) son compatibles con un síndrome de activación macrofágica (síndrome hemofagocítico) que contribuyó a la rápida evolución del cuadro y al fatal desenlace”.

Se establecen los diagnósticos de “shock séptico: infección sistémica por virus herpes simple tipo 1 con compromiso multiorgánico: hepatitis aguda fulminante herpética, neumonitis herpética, adrenalitis herpética, traqueo-

esofagitis herpética (...). Síndrome de activación macrofágica (síndrome hemofagocítico) (...). Necrosis tubular aguda (...). Esteatosis hepática severa (hígado graso)”.

7. A continuación, obra incorporado al expediente el informe pericial emitido el 20 de junio de 2022 a instancia de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias por dos especialistas, uno de ellos en Medicina Interna y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sus consideraciones médicas se extienden al análisis de los protocolos de atención del “síndrome febril en Atención Primaria”; a la prevalencia, síntomas, presentaciones clínicas, tratamiento y pronóstico de la infección por virus del herpes simple tipo 1, y a la naturaleza, síntomas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los síndromes hemofagocítico y de activación macrofágica. También enuncian cuál es el protocolo de seguimiento tras infección por COVID-19 y analizan los síntomas persistentes tras la superación de la enfermedad.

Ponen de relieve que, según “queda acreditado en los registros de la historia clínica”, existió “seguimiento de la convalecencia de la infección COVID-19 de forma telefónica con anamnesis sobre los síntomas respiratorios, sin referir en ningún momento empeoramiento, sino más bien mejoría lenta (...), lo que es congruente con la evolución descrita en los estudios disponibles, en los que se describe elevada incidencia de persistencia de síntomas, siendo los más frecuentes astenia y disnea (...) hasta 12 meses tras haber presentado neumonía que precisa ingreso hospitalario, y siendo muy habitual en los 2 primeros meses tras el alta hospitalaria (hasta un 85 % de pacientes). Por tanto, el seguimiento que se hace es el apropiado, acorde con la *lex artis ad hoc*. Según las recomendaciones vigentes para el seguimiento, tras haber estado ingresado por una neumonía leve-moderada (tratamiento con oxigenoterapia con gafas nasales a 2 lpm, lo que equivale a una FiO2 del 28 %, muy lejos del 40 % que define la neumonía grave) no precisaba revisión presencial hasta los 3 meses del alta, es decir, hasta febrero 2021 (...). Este seguimiento se ve interrumpido por la aparición de un nuevo síndrome febril,

por el que es valorado en Urgencias” de la Fundación Hospital “X” “los días 30-01-21 y 01-02-21, con realización de pruebas complementarias (analíticas y Rx tórax) que descartan la presencia de neumonía (quedando probada la resolución de la neumonía COVID-19 previa) o signos de gravedad; en la segunda visita (01-02-21) se evidencia foco infeccioso probable faríngeo, iniciándose tratamiento antibiótico dirigido, acorde a los protocolos vigentes”.

Significan que el paciente “ingresa por un cuadro clínico, posteriormente demostrado en la autopsia (...), de un síndrome hemofagocítico con fracaso multiorgánico precipitado por infección diseminada por virus herpes simple tipo 1; ambas entidades son muy infrecuentes (siendo la enfermedad diseminada por VHS1 excepcional en pacientes no inmunodeprimidos) y con elevada mortalidad cada uno de ellos de forma independiente”, y niegan que el paciente estuviese inmunocomprometido como consecuencia de administración de corticoides, pues “cuando presenta el síndrome febril el 30-01-2021 lleva 2 meses (60 días) sin recibir tratamiento corticoideo sistémico oral (prescrito en pauta descendente durante 14 días tras el alta hospitalaria el 16-11-2020, es decir, finalizado el 30-11-2020). Vuelve a iniciar tratamiento corticoideo con prednisona 30 mg/día desde el 30-01-2021, es decir, 4 días antes del ingreso hospitalario posterior al inicio del cuadro febril, por lo que no es posible su implicación en el desarrollo de la infección. Hay que recordar que las dosis de corticoides consideradas inmunosupresoras se corresponden con un tratamiento sistémico de >2 mg/kg/día de prednisona o equivalente, o una dosis diaria de ≥ 20 mg durante más de 2 semanas, no siendo estas las circunstancias en que se desarrollan los hechos; han transcurrido 60 días desde la suspensión del tratamiento esteroideo. Aun así durante el ingreso, ante la evolución desfavorable, se administra tratamiento antibiótico contemplando la posibilidad de infecciones oportunistas (aquellas propias de pacientes con inmunodepresión)./ Por tanto, es incuestionable que se ha procedido de acuerdo con las necesidades asistenciales del paciente en cada momento de su evolución, acorde a los protocolos vigentes para los distintos procesos

patológicos que ha presentado, adecuándose la asistencia sanitaria a los hallazgos obtenidos en la evolución”.

Seguidamente rebaten las imputaciones vertidas por los interesados en el escrito de reclamación. Consideran que la actuación de la facultativa de Atención Primaria, tanto antes del alta por COVID como después, fue acorde con la *lex artis*. En particular, señalan que cuando el paciente consulta los días 1 y 2 de febrero de 2021 “acababa de ser valorado clínica, analítica y radiológicamente en Urgencias sin hallazgos reseñables de gravedad, y se pauta tratamiento para aliviar los síntomas del proceso mientras el antibiótico pautado hace su efecto”. Niegan que cuando el enfermo acude al Servicio de Urgencias el día 3 de febrero se le ingrese por presentar mal estado general o una situación crítica, como sugieren los reclamantes, sino “para vigilancia evolutiva y ver la respuesta al tratamiento” pues se encontraba “hemodinámicamente estable y con buen estado general”, según se refleja en la historia clínica y en el informe de Urgencias. Por otra parte, significan que el deterioro clínico del enfermo era “imposible de adivinar” y se produce durante su ingreso en planta, advirtiéndose el 5 de febrero de 2021 en una Rx de tórax hallazgos de neumonía bilateral. Descartan los facultativos informantes que esta neumonía estuviera relacionada, como pretenden los reclamantes, con la antecedente neumonía COVID-19, que “estaba resuelta”, como evidencian las Rx de tórax previamente realizadas en Urgencias.

Asimismo, señalan que el “aislamiento de un germen colonizador no implica mala realización de la técnica, se puede producir contaminación durante la venopunción a pesar de tomar las medidas de asepsia apropiadas”.

Por último, destacan que el paciente “no fallece como consecuencia de la infección COVID-19”. En el certificado médico de defunción se reseñan los procesos “COVID-19 y vacunación COVID-19” como “otros procesos”; esto, es, “patologías significativas que no están relacionados con la enfermedad o estado patológico que provoca el fallecimiento”. Manifiestan su absoluto desacuerdo con la afirmación que los reclamantes atribuyen a un perito conforme a la cual la “causa fundamental” de la defunción fue la “infección por

COVID-19 con afectación multisistémica”, pues “la infección aguda COVID-19 estaba superada como acredita la ausencia de virus (...) en todas las muestras analizadas. Las causas fundamentales son la infección sistémica por VHS-1 y el síndrome de activación macrofágica secundario al proceso infeccioso, con fallo multiorgánico”. Destacan, a mayor abundamiento, que “la autopsia refleja mínimas lesiones pulmonares (‘mínimos focos de fibrosis establecida’) que pudieran estar en relación, aunque es imposible de establecer, con el COVID-19 previo; la fibrosis establecida es una posible secuela, no un proceso activo; hay que recordar que las Rx tórax realizadas entre los días 30-01-21 y el 04-02-21 son normales, y presentaba SatO2 normales sin oxígeno suplementario; es decir, no tenía insuficiencia respiratoria (...). La insuficiencia respiratoria severa actual es secundaria a neumonitis viral (inflamación aguda) con signos de distrés (fallo respiratorio). Ante los hallazgos histopatológicos en los que se realiza la determinación de RNA SARS-CoV-2 en exudado nasofaríngeo, sangre, tejido hepático y pulmonar, siendo negativas todas las muestras, queda absolutamente descartada la etiología por SARS-CoV-2”.

Tachan las conclusiones del perito como “erróneas” y “superficiales”, ya que “en cada momento de la evolución se hace valoración detallada y exacta de la situación clínica (...) adecuada a las circunstancias, contemplando causas menos probables, de acuerdo con los protocolos vigentes y la *lex artis*”. Señalan que “se realizan las pruebas (...) apropiadas según los síntomas y signos presentes, siguiendo la lógica deductiva propia del análisis médico en la búsqueda de un diagnóstico lo más exacto y ajustado posible. Se toman las decisiones terapéuticas en cada momento de acuerdo con los hallazgos de la valoración completa clínica y de las pruebas complementarias, como manda la buena praxis médica./ Hay que recordar que el proceso diagnóstico es un proceso dinámico que puede necesitar cambios en el plan en función de la evolución, y algunas pruebas necesitan de un tiempo para tener el resultado, como en el caso de la determinación de PCR para múltiples patógenos, que en este caso se solicita en el mismo momento en que aparece la sospecha de

presencia de un síndrome hemofagocítico. Lamentablemente, la evolución es rápidamente fatal, obteniendo estos resultados *post mórtem*”.

Concluyen que “se actúa en todo momento acorde con el estado clínico del paciente. Presentaba 2 patologías muy poco frecuentes con muy elevada mortalidad ambas, como son la infección diseminada con VHS-1 con hepatitis aguda fulminante y el síndrome de activación macrofágica. A pesar de poner todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles no fue posible evitar el fallecimiento, que ocurrió rápidamente. Recordemos que la medicina tiene obligación de medios, no de resultados, y en este caso no se ha dudado a la hora de emplear los recursos sanitarios disponibles”.

8. Mediante oficio notificado a los reclamantes el 5 de julio de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

9. El día 25 de julio de 2022, los interesados presentan en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones en el que se ratifican en todas las afirmaciones formuladas en su reclamación inicial, reprochan a la facultativa de Atención Primaria que “nunca le realizó una analítica general de control para conocer en qué estado se encontraba su sistema de defensas”, e insisten en el reconocimiento del fallecimiento del paciente por COVID-19 que supone el otorgamiento de la Gran Cruz de la Orden del Mérito Civil, a título póstumo.

10. El día 4 de agosto de 2022, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*. Se pusieron a disposición del paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos. La infección por herpes pudo ser consecuencia de los tratamientos con corticoides efectuados. También es posible que pudiese

presentar algún tipo de inmunodeficiencia, ya que había padecido una tuberculosis en la infancia y también había presentado una candidiasis esofágica, entidad muy rara en personas inmunocompetentes. El paciente falleció por enfermedad diseminada por VHS-1 con fallo multiorgánico, entidad excepcional y con elevada mortalidad a pesar de tratamiento, sobre todo cuando cursa con hepatitis aguda fulminante. El fallecimiento se debió a la gravedad de la infección, no por la actuación de los profesionales”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de agosto 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. 2022/13 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.- Formulan la reclamación los padres de un paciente fallecido, y solicitan que les sean resarcidos tanto el padecimiento moral que les ha

irrogado aquel óbito como los perjuicios personales y patrimoniales sufridos por su hijo antes del fallecimiento.

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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial para el resarcimiento de los daños morales sufridos, pues su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivan.

En cuanto a los daños personales y patrimoniales padecidos por su hijo antes de la muerte, procede detenerse en la legitimación activa de los progenitores para reclamarlos, tomando en consideración que no se había formulado por el propio perjudicado reclamación alguna antes de la defunción. Sobre el particular ya nos hemos pronunciado en ocasiones anteriores. Tal y como señalamos en el Dictamen Núm. 222/2021, al margen del supuesto en que se haya reconocido antes del fallecimiento el derecho a la indemnización, que pasaría a integrarse en la masa hereditaria, se admite la legitimación activa de los herederos para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios irrogados a su causante cuando este hubiera ejercitado la reclamación dirigida a su resarcimiento, en la que se subrogan sus herederos en el momento de la defunción, por estimarse que el derecho ejercitado tiene naturaleza patrimonial y es plenamente transmisible. Esta tesis parte de que el derecho a reclamar, en sentido genérico, se extingue con la muerte. Así lo ha venido entendiendo la jurisprudencia, que destaca que nos referimos a una acción personalísima y que fallecida una persona se extingue su personalidad jurídica, aclarando que “esta acción personalísima la hubiera podido ejercer en vida quien padeció ese daño (...)”, e incluso si hubiera fallecido una vez iniciada la acción y se hubiera acreditado el daño y se hubiera dispuesto una indemnización los beneficiarios de ella *in iure proprio*” (por todas, Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de julio de 2004 -ECLI:ES:TS:2004:5283-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.^a). Ahora bien, la tesis que venimos acogiendo (entre otros, Dictamen Núm.

143/2021) se matiza al admitir que, si bien no existe un derecho genérico a reclamar que pueda ejercerse *ex novo* por los herederos, sí se puede reconocer su legitimación en aquellos casos en los que se acredita la imposibilidad del titular de ejercer o formular tal reclamación por no disponer de plazo para ello, al haber fallecido o quedado incapacitado en su voluntad tras la consolidación de los daños o perjuicios, como se recoge, entre otras, en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 5 de febrero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:237- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), donde se refleja que “para poder ejercer tal acción a título de heredero es preciso que la masa hereditaria se integre, bien del derecho conquistado a indemnización, bien del derecho litigioso (mediante subrogación), o bien del derecho a obtener una respuesta indemnizatoria, que requiere, en principio, haber ejercido el interesado tal reclamación en vida”, con los matices indicados. En la misma línea, cabe mencionar las Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de abril de 2018 -ECLI:ES:TSJM:2018:4008- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10.ª) y del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de enero de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:2- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), ambas expresivas de que la legitimación del heredero ha de admitirse por excepción cuando el fallecido se hubiera encontrado impedido o privado de su plenitud de condiciones para discernir y ejercitar el derecho a reclamar el daño.

En el caso que analizamos, y teniendo en cuenta que el paciente fallece antes del transcurso de dos meses desde el alta médica relativa al proceso al que se ciñe la reclamación, hemos de considerar que los solicitantes, actuando en calidad de herederos del finado, disponen asimismo de legitimación activa para solicitar el resarcimiento de los daños que su hijo no tuvo tiempo de reclamar en vida.

En cuanto a la legitimación pasiva, de lo actuado se deduce que en la asistencia sanitaria por la que se reclama han intervenido tanto centros integrados en el servicio público de salud como un centro asistencial privado

con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de usuarios del Sistema Nacional de Salud (Fundación Hospital "X"). En ambos casos el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, pues la atención recibida por el perjudicado en el centro privado lo ha sido como beneficiario del sistema sanitario público y está incluida en el convenio singular aludido, todo ello sin perjuicio de la repetición de los costes a los que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro privado por el procedimiento y en los términos establecidos en el referido convenio, según viene reiterando este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 216/2022).

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, consta que el fallecimiento por el que se reclama se produjo el día 7 de febrero de 2021, por lo que habiéndose presentado la reclamación con fecha 4 de febrero de 2022, es claro que 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 contenidas 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 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.- Reclaman los interesados tanto el resarcimiento de los perjuicios sufridos por su propio hijo antes del fallecimiento como los daños padecidos por ellos mismos a causa de aquel óbito, todos los cuales imputan al anormal funcionamiento de los servicios prestados en el marco del sistema sanitario público.

En cuanto a la indemnización por la muerte de su hijo, debemos significar que su cuantía -derivada de la aplicación del baremo de accidentes de tráfico- no resulta consecuente con la invocación de la doctrina de la pérdida de oportunidad a la que se alude en el escrito de reclamación. En efecto, como ya hemos señalado en el 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 (el fallecimiento en el asunto que analizamos) 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 supervivencia, finalmente frustradas, que integran verdaderamente el daño resarcible. Como viene reiterando este Consejo (por todos, Dictámenes Núm. 318/2009 y 170/2021), en los casos en los que se acredita 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, aun cuando se acreditara una infracción de la *lex artis* no podría satisfacerse la pretensión de los reclamantes, pues demandan el resarcimiento de la totalidad de los daños derivados de la muerte de su hijo como si la misma hubiese sido verdaderamente causada por el funcionamiento del servicio público sanitario.

En cualquier caso, confirmado el fallecimiento por el que se reclama, así como el cercano parentesco de los perjudicados con el difunto, hemos de presumir que aquella muerte ha causado a los interesados un daño moral cuya valoración solo abordaremos de concurrir el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial que se demanda.

En cuanto a los perjuicios personalmente sufridos por el paciente antes del fallecimiento, están acreditados los daños correspondientes a 18 días de perjuicio personal particular grave y 71 días de perjuicio personal particular moderado; sin embargo, no pudo tenerse por probada la realidad del daño que sus progenitores reclaman en concepto de lucro cesante, pues no han acreditado cuál era el nivel de ingresos de trabajo personal de su hijo.

Como venimos señalando reiteradamente, la apreciación de la realidad de un daño no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el

sentido de que se trate de un daño que el perjudicado no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 un 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 los reclamantes 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. 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. Sobre este particular debemos destacar que, si bien los interesados afirman disponer de un informe pericial sobre la atención prestada que vendría a sostener su argumentación, cuyas

consideraciones transcriben en la reclamación, lo cierto es que en ningún momento lo han aportado al expediente. En cualquier caso, aunque tuviéramos por ciertos la existencia y contenido de la citada pericia, su valor resultaría muy cuestionable considerando, en primer lugar, que las sucintas aseveraciones no se fundamentan en ninguna razón de ciencia y, en segundo término, que las mismas no analizan la asistencia prestada a la vista de los síntomas y signos clínicos que el paciente presentaba en cada uno de los momentos en que demanda la atención del servicio sanitario, sino que parecen haber sido construidas de forma retrospectiva a partir de los elementos de juicio conocidos tras el fallecimiento. A propósito de esta cuestión cabe recordar, como ya hemos señalado en anteriores ocasiones (por todas, Dictámenes Núm. 25/2020 y 73/2022) que “la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes pues, ‘naturalmente, en la ponderación no es suficiente la mera constatación del criterio cuantitativo’, debiendo acudir a ‘un criterio valorativo’ que conduce a postergar la pericial que omite el análisis ‘de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación’ del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª). Por ello no cabe atribuir mayor fuerza de convicción a lo reseñado por las periciales construidas *ex post facto* que a lo dictaminado por los técnicos que se detienen en las circunstancias concurrentes”.

Frente a la endeble prueba de parte se alza la extensa y motivada pericial técnica presentada por la Administración, integrada por un conjunto de informes médicos que justifican, conforme a los protocolos aplicables, cada una de las decisiones asistenciales en función de los síntomas y signos clínicos que iba presentando el paciente en el curso del proceso asistencial.

Entrando ya en el análisis del fondo del asunto, debemos comenzar por señalar que el fallecimiento del hijo de los reclamantes se produjo, según

acredita el informe de autopsia, a causa de un fracaso multiorgánico provocado por el virus del herpes simple tipo 1 y un síndrome de activación macrofágica. En particular, se establecen los diagnósticos de “shock séptico: infección sistémica por virus herpes simple tipo 1 con compromiso multiorgánico: hepatitis aguda fulminante herpética, neumonitis herpética, adrenalitis herpética, traqueo-esofagitis herpética (...). Síndrome de activación macrofágica (síndrome hemofagocítico) (...). Necrosis tubular aguda (...). Esteatosis hepática severa (hígado graso)”. El valor probatorio que cabe reconocer a este informe es máximo, pues resulta de la realización al cadáver de los exámenes clínicos precisos para averiguar la causa de la muerte, que en el caso concreto han incluido tanto el examen físico como los estudios histológico, inmunohistoquímico y microbiológico que han permitido confirmarla; por tanto, sus conclusiones han de prevalecer ante otros elementos de juicio que, sin fundarse en evidencia científica alguna, consideran una causa de fallecimiento distinta de la real.

Sentado que la muerte no se produjo a causa del virus SARS-CoV-2, como afirman los reclamantes, todos los informes médicos obrantes en el expediente coinciden en señalar que el paciente ya había superado dicha infección cuando aparece su última enfermedad. En efecto, como sostienen los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, las determinaciones *post mórtem* de RNA SARS-CoV-2 en exudado nasofaríngeo, sangre, tejido hepático y pulmonar resultaron todas negativas, por lo que las lesiones pulmonares apreciadas en la autopsia, aunque pudieran estar en relación con el COVID-19 previo, lo que resulta imposible saber a ciencia cierta, constituirían antes que signos de una infección activa meras secuelas de la infección antecedente; del mismo modo que la severa insuficiencia respiratoria manifestada por el paciente en los últimos días de vida sería secundaria a la neumonitis con signos de distrés ocasionada por el virus del herpes simple y no por el del SARS-CoV-2.

Tampoco existe prueba de que el desarrollo de esta enfermedad haya estado condicionado de alguna manera por la deficiente atención o seguimiento del COVID previo, según afirman los reclamantes. Al contrario, todos los informes coinciden en señalar que la atención prestada al paciente fue en todo momento correcta, pues existió -como ponen de manifiesto los especialistas que informan a instancia de la entidad aseguradora- seguimiento telefónico por la doctora de Atención Primaria durante la convalecencia, con anamnesis sobre los síntomas respiratorios y pautas de tratamiento ajustadas al protocolo, sin que fuera exigible conforme al mismo una revisión presencial hasta que transcurrieran tres meses desde el alta.

Por otro lado, los informes del Servicio de Medicina Interna y los emitidos a instancias de la compañía aseguradora se afanan en descartar que el manejo terapéutico del paciente durante la infección por COVID haya podido favorecer su inmunodepresión, e indirectamente el desarrollo de la infección por el virus del herpes simple, pues a la fecha en la que se manifiestan los síntomas de esta última enfermedad llevaba más de dos meses sin recibir tratamiento corticoideo sistémico oral. Al respecto debemos significar que, aunque pudiera llegar a asumirse lo contrario -posibilidad que valoran tanto el informe de la autopsia como la propuesta de resolución-, nuestra consideración acerca de la corrección de la asistencia sanitaria no variaría en absoluto, pues no se ha demostrado que la pauta de administración de corticoides fuera inapropiada sino, al contrario, necesaria para la curación de la neumonía bilateral del paciente.

También coinciden en señalar todos los facultativos informantes que la atención sanitaria prestada a partir del día 30 de enero de 2021 se ajustó a la *lex artis*, en la medida en que se pusieron a disposición del paciente todos los medios disponibles para el diagnóstico y la curación de su dolencia, aunque desgraciadamente no se alcanzara tal objetivo. A estos efectos, hemos de reiterar que el que no se haya podido efectuar un diagnóstico certero de la dolencia antes del fallecimiento no integra de suyo un error diagnóstico, pues 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 (entre otros, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022).

Los reclamantes no han acreditado que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputan deficiente fueran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo-, y que tal sospecha diagnóstica impusiera al servicio público la aplicación de técnicas o medios distintos de los empleados. Tampoco han demostrado en qué medida el abordaje terapéutico por ellos propuesto -en esencia, visitas presenciales por su médica de Atención Primaria y petición por parte de la misma de una “analítica general de control para conocer en qué estado se encontraba su sistema de defensas” -según indican en su escrito de alegaciones- hubiera podido adelantar el diagnóstico y evitar el fatal desenlace. No explican siquiera en qué medida la anticipación del conocimiento del ion potasio o la ausencia de contaminación en uno de los cultivos realizados por parte del Servicio de Microbiología hubieran podido alterar el curso clínico del paciente.

A falta de tal prueba, el juicio de este Consejo debe formarse a la vista del conjunto documental constituido por los informes médicos librados a instancias del servicio público cuyas consideraciones técnicas no han sido controvertidas en el trámite de audiencia. Tales informes coinciden en señalar que, pese a practicarse todas las pruebas necesarias en función de la clínica que el paciente iba presentando, de acuerdo con la buena praxis médica, no pudo alcanzarse un diagnóstico de certeza a tiempo ni evitarse la muerte del paciente, que sobrevino muy rápidamente como revela el informe de autopsia a causa de dos patologías muy poco frecuentes -hecho este que sin duda dificultaba el diagnóstico- y con muy elevada mortalidad, como son la infección diseminada con VHS-1 con hepatitis aguda fulminante y el síndrome de activación macrofágica.

De acuerdo con lo señalado en los informes médicos recabados por la Administración en el curso de la tramitación del procedimiento, podemos afirmar que la actuación del personal sanitario fue en todo momento correcta y ajustada a la *lex artis*, aseveración que no ha sido desvirtuada por los interesados, cuyos reproches carecen de sustento científico. Por tanto, los daños que se instan no pueden imputarse a una asistencia sanitaria inadecuada y la reclamación debe 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.