

Dictamen Núm. 248/2021

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 diciembre 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 13 de agosto de 2021 -registrada de entrada el día 19 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre, que atribuyen a la deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 22 de septiembre de 2020, los interesados presentan en el registro de una Oficina del Servicio Público de Empleo de la Junta de Castilla y León una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia dispensada a su madre por parte del servicio público sanitario.

Exponen que su familiar, fallecida el día 15 de abril de 2020 y cuyos antecedentes médicos especifican, presentó dos días antes del óbito “hinchazón excesiva de las piernas y (...) malestar generalizado, por lo que solicitó” el

desplazamiento de "su médico de cabecera" al domicilio, petición ante la que se le expresó "que el facultativo no podía desplazarse con motivo del estado de alarma", pero que contactarían telefónicamente con ella "cuando estuviera disponible". Aunque esa llamada se produjo, la médica que la efectúa no le facilita "ninguna solución", pese a que "la situación" de la paciente "se había ido agravando a lo largo de las horas". Personada la afectada junto a sus familiares en el Servicio de Urgencias del centro de salud, se le indica que regrese a su domicilio por no considerarse una urgencia médica.

Manifiestan que "esa misma noche (madrugada del 14 de abril) sufrió una caída en su domicilio", siendo "auxiliada por los servicios de urgencia del 112 y trasladada" al Hospital, donde es finalmente ingresada", y afirman desconocer "cuál fue la asistencia prestada" a la perjudicada "durante las horas que permaneció en los Servicios de Urgencias, dado que la única información que se dio a su familia fue la del fallecimiento la madrugada del 15 de abril de 2020".

Consideran, "a la vista de los hechos (...) descritos", que "en la asistencia sanitaria prestada (...) existió una grave vulneración de la *lex artis*", y enumeran los motivos por los que aprecian una actuación disconforme con "los criterios de normalidad de los profesionales sanitarios (...): Se infravaloró la grave situación patológica que presentaba intentando tratarla como enferma de COVID-19 sin ninguna indicación clínica (...). No derivación a centro hospitalario" el 13 de abril, día en el que -a su juicio- procedía "de forma urgente" ante los "signos graves que presentaba", estimando "inadmisible" la indicación de "sospecha de infección COVID-19" efectuada al ingreso (...). No ingreso en UCI" y "denegación de autopsia" amparada en el riesgo de "manejo de cadáveres con sospecha de COVID".

Solicitan una indemnización ascendente a setenta y nueve mil quinientos sesenta y cuatro euros con veintitrés céntimos (79.564,23 €), y anuncian la presentación de informe pericial en sustento de su petición.

Aportan documentación acreditativa del parentesco que invocan y diversa documentación médica relativa al proceso asistencial por el que reclaman.

2. Mediante oficio de 27 de enero de 2021, el Gerente del Área Sanitaria V incorpora al expediente un CD que contiene una copia de la historia clínica de la paciente, tanto en Atención Primaria como Especializada, y los informes emitidos por el Director del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital, el 10 de noviembre de 2020, y una Facultativa del Centro de Salud, sin fecha.

El día 11 de febrero de 2021, remite al Servicio instructor una copia de la "historia clínica OMI" en soporte digital que incluye tanto la obrante en Atención Primaria como en el citado hospital.

3. Con fecha 12 de abril de 2021 elaboran informe pericial a instancia de la compañía aseguradora dos especialistas, uno en Medicina Interna y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él se pronuncian en relación con los diversos aspectos sobre los que versa la reclamación, efectuando consideraciones médicas respecto al COVID 19, la realización de autopsias, los criterios de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos y las hipoglucemias. Aplicando las mismas al supuesto planteado, concluyen que la asistencia médica prestada a la paciente tanto en el centro de salud como en el Hospital fue "ajustada a" los "protocolos de actuación", valorando "todos los problemas médicos que presentaba y atendiendo a la especial circunstancia de la pandemia COVID-19 en curso", que exigía el manejo de "cualquier paciente con clínica compatible COVID-19" como tal en tanto no existiera certeza en contra; certeza que no se alcanza con la simple ausencia de detección en serología en Urgencias. Añaden que, sin perjuicio de que conforme a las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Críticos y Unidades Coronarias resultaba aconsejable la restricción de los ingresos en UCI en aquel momento, incluso "fuera de pandemia el tratamiento de hipoglucemia no es *per se* subsidiario de ingreso en UCI".

Explican, asimismo, que la falta de realización de autopsia clínica "es acorde con las recomendaciones vigentes tanto del Ministerio de Sanidad como

del Consejo de Colegios de Médicos por el riesgo de contagio evidente para el personal sanitario”, constituyendo la parada cardiorrespiratoria que sufrió “un evento inesperado, sin indicios previos, en una paciente frágil y pluripatológica”.

4. Mediante oficio notificado a los interesados el 25 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 18 de junio de 2021, presentan estos un escrito de alegaciones en el que insisten en atribuir el fallecimiento a una negligencia asistencial, rechazando que el estado de la enferma fuese deteriorado.

5. El día 12 de julio de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas suscribe propuesta de resolución en sentido desestimatorio, basándose en los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento.

6. En este estado de tramitación, mediante escrito de 13 de agosto 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), están los interesados activamente legitimados 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 en cuanto 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 22 de septiembre de 2020, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la paciente- el día 15 de abril de 2020, fecha esta última que constituye el *dies a quo* para el cómputo del plazo, por lo que 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 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, advertimos que los informes emitidos por los servicios responsables, tanto el del Director del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital como el de la Facultativa del Centro de Salud, no satisfacen plenamente por su contenido -especialmente el segundo, meramente ilustrativo de la asistencia prestada- la finalidad que reiteradamente venimos señalando, sintetizada en la exigencia de abordar de forma explícita las imputaciones vertidas en la reclamación (por todos, Dictamen Núm. 184/2020). Al respecto, este Consejo Consultivo ya consideró necesario subrayar, dentro del capítulo de "Observaciones y sugerencias" de la Memoria correspondiente al ejercicio 2019, la relevancia de que los informes de los servicios sanitarios a los que se imputa el daño "resulten minuciosos, razonados -y no descriptivos- y referidos singularmente a los daños y nexos causales invocados por los reclamantes". No obstante, el contenido de la historia clínica y los restantes informes incorporados al procedimiento proporcionan suficientes elementos de juicio para alcanzar convicción respecto al fondo del asunto sometido a nuestra consideración.

Asimismo, 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 21.1 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 por los daños derivados del fallecimiento de una paciente que sus hijos atribuyen a la deficiente asistencia que le fue prestada con ocasión de un episodio de deterioro progresivo que culminó con el óbito una vez ingresada en un centro hospitalario público.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción, por lo que resulta presumible que ha causado a los interesados un daño moral cierto.

Ahora bien, la mera constatación de un perjuicio efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 80/2020), 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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.

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.

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 señalando de forma constante (entre otros, 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 aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

Tal y como hemos reflejado en los antecedentes, los interesados reprochan varios aspectos concretos de la atención prestada, y como nexo común a todos ellos plantean que la sospecha de COVID-19 que se atribuyó a la paciente condicionó negativamente la asistencia dispensada.

Siguiendo la exposición cronológica que los propios reclamantes realizan, consideran, en primer lugar, que la asistencia prestada en el centro de Atención Primaria el día 13 de abril fue incorrecta, ya que no se atendieron los “signos graves” que presentaba la paciente y que -a su juicio- debieron motivar la derivación “urgente a un centro hospitalario”. De su relato parece inferirse que la sospecha de COVID-19 habría influido en esa decisión -si bien, ciertamente, tampoco lo explicitan de forma clara-. En segundo lugar, y tras el ingreso hospitalario, afirman que “se encajó a la paciente entre los enfermos COVID-19 sin más, pero en ningún momento se le trasladó a UCI a pesar de ser candidata a beneficiarse de tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos” por las cifras de hipoglucemia que presentaba. Consideran también que la estancia en UCI hubiera permitido “una respuesta más rápida a la parada cardiorrespiratoria”. Por último, cuestionan la denegación de autopsia fundada, de nuevo, en la presunción de padecimiento de COVID-19.

En las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia añaden que una vez producido el ingreso “la primera sospecha diagnóstica” debió referirse a “un tromboembolismo pulmonar”, y niegan la producción del infarto agudo de miocardio reflejado en el informe de *exitus*.

Frente a tales afirmaciones, carentes de sustento probatorio alguno, los informes incorporados al procedimiento analizan cada una de las fases de la asistencia médica recabada.

Así, en primer lugar, y en cuanto a la prestada el día 13 de abril, motivada por la presencia de edemas en los miembros inferiores, los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora reseñan que fue prescrito, de forma correcta, tratamiento diurético y tópico -este último, en relación con el

exantema que presentaba en otras partes del cuerpo-. Respecto a la falta de derivación hospitalaria “urgente” en ese momento, rechazan expresamente la afirmación de que existían “signos graves” en la paciente, dado que su valoración reflejaba una situación “hemodinámicamente estable, sin signos clínicos de gravedad”, estando “consciente, orientada, colaboradora. Eupneica (es decir, sin dificultad respiratoria)”, sin fiebre, con cifras de tensión y glucemia normales y que mostraba únicamente “palidez cutánea”, los mencionados edemas y “dolor a la palpación en región trocantérea derecha”. Razonan, asimismo, que existía una “causa evidente del deterioro reciente” (un reconocido abandono del tratamiento diurético), por lo que las decisiones adoptadas (ajuste de tratamiento y alta a domicilio para control posterior por su médico de Atención Primaria) fueron adecuadas.

En segundo lugar, y en relación con la asistencia prestada durante el ingreso hospitalario que tuvo lugar el 14 de abril de 2020, procede indicar que durante el mismo se realizaron analíticas, PCR COVID-19, electrocardiograma y TAC abdominal con contraste (cuyo resultado fue “colitis inespecífica”), efectuado este último porque el motivo de la consulta y el traslado al hospital se decidió tras una caída en el domicilio “con traumatismo en cadera y abdomen derechos”, presentando la paciente gran dolor a la exploración, y practicándose la citada prueba de imagen para “descartar patología abdominal secundaria al traumatismo”. La afectada fue, asimismo, valorada por Neurología al presentar “mirada perdida y afasia, que no tenía previamente”, destacando en el tratamiento dispensado durante el ingreso la administración de glucosa para compensar las bajas cifras que mostraba, así como oxigenoterapia.

Atendiendo a los reproches relativos a la sospecha COVID-19, que los interesados consideran infundada, los especialistas expresan con carácter general que la interpretación de las pruebas de detección de COVID-19 debe realizarse con cautela, ante la posibilidad de falsos negativos o positivos, y que “en un entorno de alta prevalencia y clínica compatible es más seguro asumir, ante síntomas compatibles, que estás ante un enfermo de COVID-19, incluso con una PCR negativa”, siendo recomendable la repetición del estudio a las 48 horas.

En el caso de la paciente, presentaba datos clínicos compatibles con dicha infección (fiebre de 38º, diarrea, insuficiencia respiratoria progresiva sin referir disnea, alteraciones analíticas compatibles y antecedente epidemiológico posible -sospecha de un familiar infectado-) según las cifras que aportan, por lo que estaba plenamente justificada la reserva; más aún en el contexto epidemiológico en el que se encontraba. En particular, y en cuanto a las dos pruebas efectuadas con resultado negativo (prueba rápida y exudado faríngeo), explican que la primera, realizada en Urgencias, presenta una baja sensibilidad y resultados escasamente fiables dada la dificultad de detección del virus en caso de infección precoz, lo que impide descartar su existencia, mientras que el resultado negativo del test PCR en el exudado faríngeo practicado no fue conocido hasta después de producirse el fallecimiento, por lo que no cabe sino coincidir con los informantes en la imposibilidad de “modificar la actitud clínica y terapéutica” en el momento de los hechos. En todo caso, llama la atención a este Consejo la insistencia del reproche formulado por los reclamantes en relación con la sospecha COVID-19, que permitió en un contexto pandémico de extrema gravedad (los hechos se producen entre los días 13 y 15 de abril de 2020) llevar a cabo las pruebas pertinentes orientadas a la realización de un mejor diagnóstico, excluyendo la existencia de una infección de altísima prevalencia en un momento de transmisión comunitaria.

Por otra parte, y en relación con el cuadro que presentó la paciente una vez ingresada, los especialistas relacionan la hipoglucemia “mantenida y de difícil manejo” con sus patologías previas (baipás gástrico, desnutrición, probable proceso infeccioso subyacente e insuficiencia cardíaca), añadiendo que a una “situación clínica de extrema fragilidad” se superpuso un “probable síndrome coronario agudo”, desencadenando la hipoxemia “una crisis isquémica de mayor gravedad” que contribuyó al empeoramiento de los restantes procesos en curso y al fatal desenlace. Destacan que durante el ingreso recibió tratamiento para todos los procesos y, en cuanto al demandado ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, aclaran que la actuación médica se ajustó al protocolo establecido por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias,

aplicable en situación de pandemia sanitaria por el virus COVID-19, “en el que se plantea el ingreso en UCI solo de los pacientes de prioridad 1, es decir, `pacientes críticos e inestables; necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua)”, situación en la que no se encontraba la paciente, quien “se mantuvo hemodinámicamente sin precisar drogas vasoactivas, y recibe oxigenoterapia sin precisar ventilación mecánica”. Recuerdan, asimismo, que “el manejo de un proceso de hipoglucemia no precisa de medios que no estén disponibles en una planta de hospitalización, y por ello se decide mantener en planta, con seguimiento estrecho (control de glucemias cada hora, con control de respuesta a administración de glucosa hipertónica al 50 %) y tendencia a la mejoría”, realizándose estudio analítico para descartar hiperinsulinismo. Sobre la hipótesis que plantean los reclamantes de que el no ingreso en la UCI podría haber demorado la asistencia una vez producida la parada cardiorrespiratoria, determinando la existencia de pérdida de oportunidad respecto a la supervivencia de la paciente, aclaran que los registros horarios de enfermería invocados (4:15 y 5:27 h) corresponden a la hora de grabación del registro en el sistema de la historia clínica electrónica, sin que pueda identificarse con la hora exacta a la que acontecen los hechos y, en consecuencia, utilizarse como referencia a los efectos pretendidos, argumentando que las visitas se espaciaron casi una hora y cuarto. Especifican, además, que “a cada registro de enfermería le corresponden al menos 2 visitas: la toma de glucemia capilar (...) y el control de glucemia a los 10-15 minutos posteriores”, efectuándose además la segunda anotación horaria con posterioridad a la realización de maniobras de resucitación. De todo ello resulta, en fin, que no cabe admitir que la paciente estuvo una hora y cuarto sin recibir ningún tipo de atención y que, por consiguiente, tal circunstancia haya afectado a la atención dispensada tras la parada cardiorrespiratoria.

Por último, y en cuanto a la alegada denegación de autopsia, los especialistas exponen que ante la imposibilidad de descartar de forma absoluta e inequívoca el contagio por coronavirus de la paciente se siguieron las “directrices

tanto del Ministerio de Sanidad como del Consejo General de Colegios de Médicos de España (...), claras” en cuanto a que desaconsejaban su práctica en aquel momento. Citan al respecto el “Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de COVID-19, en su versión del 13 de abril de 2020”, en el que se consignaba que en caso de fallecidos con “PCR COVID 19 negativa se recomienda tomar la decisión de manera consensuada con la dirección del centro”, tal y como se hizo en este supuesto. En todo caso, debe advertirse que, tal y como recuerda el documento técnico, disponible en la página web del Ministerio de Sanidad, la “autopsia clínica es un procedimiento asistencial de interés científico-técnico” regulado por la Ley 29/1980, de 21 de junio, de Autopsias Clínicas, desarrollada por el Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre Autopsias Clínicas, “no siendo obligatoria su realización”, sino supeditada a que los servicios médicos lo estimen necesario, tal y como se desprende del artículo tercero, apartado tres, de la citada Ley. Al respecto, la historia recoge que el médico de guardia trasladó la petición de la familia al Médico Forense, quien “razonablemente desestima realizarla” al no tratarse de uno de los supuestos incluidos en las “recomendaciones vigentes” entonces: “autopsias de fallecimientos por muerte violenta o indicios de criminalidad” -en este caso, conforme al “Comunicado sobre las Certificaciones de Defunción en general y en los casos con COVID-19”, emitido con fecha 28 de marzo de 2020 por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos en España-, siendo igualmente rechazada por “un Comité compuesto por Dirección, Anatomía Patológica y Medicina Interna” del centro, en cumplimiento del protocolo específico antes citado. Ningún criterio técnico oponen los reclamantes frente a tales argumentos en las alegaciones formuladas con ocasión del trámite de audiencia, en las que, lejos de rebatir las expuestas, introducen como nueva cuestión la exigibilidad, una vez producido el ingreso hospitalario, de sospecha de tromboembolismo pulmonar. Sin embargo, de nuevo se limitan a afirmar de forma genérica que en su familiar “concurrían multitud de factores de riesgo, datos clínicos y resultados de la exploración física, analítica y del electrocardiograma” que a su juicio -pues no aportan ningún informe pericial que corrobore tal convicción- determinaban

tal sospecha y obligaban a la “práctica de un angioTac torácico, tal y como indican los protocolos, y que hubiera sido diagnóstica”, así como a la consulta con el Servicio de Cardiología. Sin embargo, consideramos que la ausencia de cualquier mínimo sustento técnico de estas novedosas apreciaciones resulta insuficiente para desplazar las explicaciones que, con base científica y de acuerdo con la bibliografía médica citada, proporcionan los especialistas informantes.

El análisis del supuesto efectuado permite constatar que la atención prestada a la paciente se atuvo a los protocolos aplicables en cada momento; incluso, a la vista del “Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)”, aprobado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad, en la versión vigente a fecha 14 de marzo de 2020, cabría concluir que se le dispensó una atención cualificada. Efectivamente, de la lectura del mismo se desprende que la fallecida no estaba incluida en las categorías indicadas para la realización del test diagnóstico detalladas en aquel “en un escenario de transmisión comunitaria sostenida generalizada (...): infección respiratoria aguda” en persona hospitalizada o que cumpla criterios de ingreso hospitalario; “infección respiratoria aguda de cualquier gravedad que pertenezca” al colectivo de personal sanitario, sociosanitario o servicios esenciales, pudiéndose realizar “en personas especialmente vulnerables que presenten un cuadro clínico de infección respiratoria aguda independientemente de su gravedad, tras una valoración clínica individualizada”. Ello no obstó la realización de dos pruebas de detección (rápida y PCR), lo que ha de interpretarse en beneficio de la afectada, al tratar de descartarse el diagnóstico de una patología vírica potencialmente mortal, y sin que ello impidiera el tratamiento de los restantes episodios que presentó durante su estancia hospitalaria.

En definitiva, cuanto se ha razonado permite alcanzar una convicción fundada sobre la corrección de la atención prestada, que se ajustó a los signos y síntomas que sucesivamente mostraba la afectada, sin que puedan reputarse

probados los diversos y varios reproches formulados respecto a aquella, articulados sin sustento técnico probatorio alguno.

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.