

Dictamen Núm. 162/2023

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 13 de julio 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 25 de abril de 2023 -registrada de entrada el día 2 de mayo-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su esposo por COVID-19 que atribuye a una inadecuada asistencia sanitaria.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de julio de 2022 un abogado, en nombre y representación de la interesada, presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados de la deficiente asistencia dispensada a su esposo por parte del servicio público sanitario.

Expone que el familiar de la reclamante “inició sintomatología sugestiva de infección por COVID-19 el día 15-07-2021”, y que el “17-07-2021 fue confirmada la enfermedad al resultar positiva la prueba de PCR”. Indica que el

19 de julio acudió al Servicio de Urgencias del Hospital "X", donde "le fue objetivada la existencia de una neumonía bilateral y (...), a pesar del estado clínico del paciente", se decide "tratamiento ambulatorio", siendo remitido "a su domicilio".

Añade que el 25 de julio ingresa en el Hospital "X" y es trasladado al Hospital "Y", donde permanece "en la UCI hasta su fallecimiento".

Reseña que no obstante sus antecedentes clínicos, "incluso con problemas respiratorios y factores de riesgo cardiovascular, no fueron atendidas sus peticiones de asistencia y tratamiento más pormenorizados y rigurosos, enviándole a su domicilio en todas las ocasiones, hasta que finalmente es trasladado" al Hospital "Y" "cuando la enfermedad (...) ya estaba avanzada./ Así, la conducta de la Administración sanitaria supuso una pérdida de oportunidad evidente, ya que de ser ingresado a tiempo el resultado habría sido otro, o cuanto menos hubiera podido ser otro".

Sostiene que el día 19 de julio de 2021 al detectársele una neumonía bilateral debería haberse "optado por su ingreso en un centro hospitalario", y que al no hacerlo "la evolución en los días posteriores fue hacia el agravamiento". Afirma que el estado clínico del paciente "no fue valorado en su justa medida (...) al proceder a su envío al domicilio", y que "esta forma de actuar (...) se aleja de una correcta *lex artis* por causa de una incorrecta valoración clínica y por la privación (...) de la oportunidad de haberse curado con la aplicación de los tratamientos (...) que no existen a nivel domiciliario".

Cuantifica el daño sufrido en ciento noventa y seis mil cuatrocientos setenta y siete euros con tres céntimos (196.477,03 €).

Acompaña copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Poder para pleitos otorgado en favor del abogado actuante. b) Certificado de defunción del fallecido, que sitúa la muerte el día 18 de agosto de 2021 en el Hospital "Y". c) Documentación acreditativa del vínculo matrimonial entre el fallecido y la reclamante. d) Diversos informes médicos. e) Solitud de copia de la histórica clínica del paciente dirigida al Centro Salud "A" y al Centro Salud "B" y presentadas el 16 de junio de 2022 en una oficina de correos.

2. Mediante oficio de 5 de septiembre de 2022, la Jefa de la Sección de Apoyo comunica a la interesada 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, el nombramiento de instructor, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa solicitud formulada por el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante, el 6 de octubre de 2022 la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica del paciente obrante en Atención Primaria y el informe emitido por una facultativa del Centro de Salud "A", así como el informe del Servicio de Urgencias del Hospital "X".

En el informe suscrito por una facultativa del Centro de Salud "A" el 15 de septiembre de 2022 se indica que el paciente pertenecía a su cupo, y que "según consta en historia clínica de Atención Primaria -ya que durante las fechas (en) que tuvieron lugar los hechos (se) encontraba disfrutando de (su) periodo vacacional-" fue atendido el 16 de julio de 2021 "por un cuadro de infección respiratoria aguda con sospecha de infección por SARS-CoV-2, solicitándose PCR./ El 17-07-21 se le realizó un test de antígenos, siendo éste positivo, confirmándose la infección por SARS-CoV-2 (...). El día 19-07-21 (...) refería fiebre de 38,2, tos, expectoración, disnea de decúbito y dolor centrotorácico", por lo que es "derivado para valoración al Servicio de Urgencias" del Hospital "X", siendo "alta a domicilio con tratamiento (...). Fue seguido en el Centro de Salud `A´, según protocolo./ El 20-07-21 (...) el paciente refirió que no presentaba fiebre, ni dolor torácico, ni disnea, mejoría de la tos. Refería mejoría en relación al día anterior". Manifiesta que el día 23 "sigue sin fiebre (36º), persiste tos, menos disnea, no dolor torácico, refiere ir algo mejor. Se le informa que se le llamará nuevamente el lunes 26". Reseña que en cada ocasión se le indica al paciente que en caso de signos de alarma llame al 112 o acuda al Servicio de Urgencias del Hospital "X", lo que hace el día 25 de julio.

En el informe suscrito por la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital "X" se recoge que "el día 19, visto presencialmente por su Médica de Familia - aunque solo tiene objetivamente fiebre (38,2) y mantiene unas buenas constantes y concentración de oxígeno en sangre-, le remite a Urgencias al tratarse de un paciente no vacunado y con antecedentes de asma para realización de pruebas (...). Las pruebas complementarias realizadas en Urgencias fueron completas para poder realizar una valoración de criterios de gravedad y posibilidad de evolución tórpida" (hemograma, coagulación, bioquímica, gasometría venosa), señalando que "estas pruebas, junto con las constantes (...), descartan cualquier criterio de gravedad en el momento de la atención siguiendo todas las clasificaciones pronósticas que se utilizan para la valoración de pacientes críticos y específicamente las adaptadas a COVID./ Se solicitó también radiografía de tórax (...) se descarta en ese momento proceso neumónico o riesgo clínico./ Se decide en atención a la patología de base del paciente (asmático y diabético), así como por su mayor riesgo al no estar vacunado contra el SARS-CoV-2, iniciar tratamiento cubriendo todos los posibles riesgos". Afirma que "debemos negar por falso (...) que el paciente `fue dado de alta con una neumonía bilateral´, ya que no se corresponde con el criterio médico y no hay ningún dato que así lo acredite (...). Debemos así mismo refutar" que "no fueron atendidas sus peticiones de asistencia y tratamiento más pormenorizados y rigurosos enviándole a su domicilio", pues el "19-07-2021 (...) fue atendido realizándosele todas las pruebas complementarias oportunas, siendo valorado por Neumología y pautándosele el tratamiento completo, incluso más allá de lo que la situación clínica y los hallazgos en pruebas complementarias podrían haber recomendado". Añade que "el paciente fue seguido en todo momento por el equipo de (Atención Primaria), como se puede revisar en la historia clínica (...), siguiendo el protocolo definido por la Consejería. Los días 20 y 23 (...) refiere estar mejor y no presenta signos de alarma, que en ambas oportunidades se recuerdan por los profesionales a su cargo./ El día 26 de julio de 2021 (10 días después de haber sido positivo), el paciente (asmático y no vacunado) sufre un empeoramiento brusco, con

importante dificultad respiratoria y desaturación de oxígeno que obliga a su intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica (...), teniendo que ser remitido al (Hospital `Y´) porque en esa fecha el Área 3 no dispone de camas UCI para la atención COVID y esta patología está centralizada” en el referido centro. Indica que “tras ser conectado a ventilación mecánica (...) presenta complicaciones propias de esta técnica en pacientes inmunocomprometidos” (es diabético). Concluye que “fue atendido tanto por su equipo de (Atención Primaria) como por la Unidad de Urgencias con la mayor diligencia y profesionalidad, utilizando todos los medios a disposición (...), realizándose una correcta valoración clínica en todo momento, que no incluía en modo alguno la necesidad de ingreso (...) en el inicio de la infección y que no `le privó de la aplicación de tratamientos propios de centros hospitalarios´ (...), ya que hasta que no se produjo un empeoramiento del estado clínico no se precisaba ninguna atención hospitalaria, que sí tuvo, igualmente efectiva y de calidad, el día 26 de julio”, y recuerda que ante el virus “no existe tratamiento efectivo hasta día de hoy, salvo la vacunación recomendada que ayudó a millones de pacientes a sobrevivir a la infección”.

4. El día 5 de enero de 2023, emiten informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración dos especialistas, una en Medicina Interna y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él, tras analizar detalladamente la documentación aportada, consideran que “no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada”.

Explican que el paciente “presenta infección por SARS-CoV-2 sin signos de gravedad al diagnóstico el 17-07-2021, y se inicia seguimiento en su centro de salud acorde a las recomendaciones vigentes del Ministerio de Sanidad y Sociedades Científicas (...). Al presentar fiebre persistente y disnea y dolor torácico se remite a Urgencias (...) el 19-07-2021 para valoración y descartar complicaciones, acorde a protocolo vigente (...). En la Rx tórax realizada en Urgencias no se confirma de forma indubitada la presencia de neumonía”, indicando que “no presenta signos clínicos de gravedad, ni disminución de la Sat

O₂, es decir, no presenta compromiso respiratorio. Presenta enfermedad leve-moderada (...). Aunque se hubiera valorado como confirmada la neumonía la valoración de gravedad descarta la necesidad de ingreso hospitalario, por lo que se procede al alta a domicilio". Sostienen que "la decisión de alta de Urgencias a domicilio, tras valoración de gravedad y riesgo, se ajusta a la *lex artis ad hoc* y a los protocolos vigentes". Añaden que "en todas las visitas médicas, en centro de salud y en Urgencias, se dan recomendaciones para la identificación precoz de síntomas de alarma para consultar de forma urgente, ya que es imposible predecir el momento en que pueden acontecer las complicaciones (...). Se reinicia seguimiento periódico desde el centro de salud según recomendaciones vigentes, realizando vigilancia activa de síntomas de alarma (...). Presenta evolución inicial favorable (...). No es cierto que presente empeoramiento progresivo (...). El 25-07-2021, día del ingreso en UCI del (Hospital `Y`), presenta deterioro brusco, imprevisible e inesperado". Concluyen que "no es posible establecer un nexo causal único, cierto, directo y total entre la actuación del personal sanitario y el fallecimiento".

5. Mediante oficio notificado a la interesada el 14 de febrero de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándole una copia del expediente administrativo.

6. El día 6 de marzo de 2023, la reclamante presenta un escrito de alegaciones en el que reitera su pretensión al entender que "de todo lo actuado resulta patente que la conducta de la Administración sanitaria supuso una pérdida de oportunidad evidente". Insiste en que la asistencia prestada el día 19 de julio de 2021 en el Hospital "X" "se aleja de una correcta *lex artis*", y considera que hubo una incorrecta valoración clínica y que el paciente debía haber sido ingresado en un centro hospitalario.

7. Con fecha 15 de marzo de 2023, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio al estimar que "la asistencia

fue correcta y adecuada a la *lex artis*. El paciente fue atendido de forma correcta y adecuada a los protocolos existentes en esos momentos. Hasta el 26 de julio de 2021 (...) no presentaba criterios clínicos que motivaran su ingreso hospitalario. El fallecimiento no se produjo como consecuencia de una deficiente atención médica (...), sino por la mala evolución de su proceso infeccioso en un paciente no vacunado y con patologías previas”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 25 de abril de 2023, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

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

medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de julio de 2022, habiendo tenido lugar el fallecimiento del paciente el día 18 de agosto de 2021, 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 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 21.1 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 un paciente, cuya viuda achaca a que en el momento de objetivarse la infección por COVID-19 se opta por un tratamiento ambulatorio en el domicilio causándole con ello una pérdida de oportunidad.

Del examen del expediente resulta acreditada la defunción del paciente, por lo que es presumible que ello ha causado a la interesada 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. 214/2022), al servicio público sanitario le compete 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, 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 la 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.

También viene reiterando este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). 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. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso; exigencia legal y jurisprudencial que recuerda también 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 una inadecuada valoración del cuadro clínico por parte del personal sanitario en la fase inicial del proceso, afirmándose que “no fueron atendidas sus peticiones de asistencia y tratamiento más pormenorizados y rigurosos, enviándole a su domicilio”, hemos de recordar que el servicio público 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, Dictamen Núm. 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, en línea con lo expuesto, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que quien reclama 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.

Nada de eso hace la interesada, cuya exposición de los hechos no se corresponde plenamente con lo que evidencia la documentación clínica obrante en el expediente. En la reclamación se afirma que el día 19 de julio de 2021 se alcanza el diagnóstico de neumonía bilateral y que, "a pesar del estado clínico (...), se decidió tratamiento ambulatorio, procediéndose a la remisión del paciente a su domicilio", añadiéndose erróneamente que se envía al paciente al domicilio "en todas las ocasiones" hasta el día 25 de julio en que es ingresado. Afirma que "no fueron atendidas sus peticiones de asistencia y tratamiento más pormenorizados y rigurosos, enviándole a su domicilio en todas las ocasiones, hasta que finalmente es trasladado al (Hospital `Y´) (...) cuando la enfermedad (...) ya estaba avanzada". Sin embargo, su imputación adolece de sustento probatorio alguno, déficit frente al que se alcanzan los informes incorporados al procedimiento y que no encuentran contestación por parte de la reclamante, que se limita en sus alegaciones a insistir en lo ya expuesto previamente, suponiendo que de haberse procedido al ingreso hospitalario en la fecha en que -según afirma- se objetiva neumonía bilateral el resultado podría haber sido otro.

En suma, la reclamación se fundamenta en el hecho de que el paciente fue privado de asistencia hospitalaria cuando era necesaria y de tratamiento que solo cabe en tal sede, de modo que sufrió un empeoramiento hasta ser

ingresado en el momento en que acude al Servicio de Urgencias el día 25 de julio “para, acto seguido, trasladarle al (Hospital `Y´), donde permaneció en la UCI hasta su fallecimiento”.

En primer lugar, ha de señalarse que en la fase inicial del proceso asistencial no se diagnostica una neumonía bilateral. Al respecto, en el informe suscrito por la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital “X” se recoge que es derivado desde su centro de Atención Primaria tras constatar que se trata de un paciente positivo por COVID-19 no vacunado y con antecedentes de asma; “aunque solo tiene objetivamente fiebre (38,2) y mantiene unas buenas constantes y concentración de oxígeno en sangre”, se le practican pruebas complementarias “para poder realizar una valoración de criterios de gravedad y posibilidad de evolución tórpida” (hemograma, coagulación, bioquímica, gasometría venosa), indicando que “estas pruebas, junto con las constantes (...), descartan cualquier criterio de gravedad en el momento de la atención siguiendo todas las clasificaciones pronósticas que se utilizan para la valoración de pacientes críticos y específicamente las adaptadas a COVID./ Se solicitó también radiografía de tórax (...), se descarta en ese momento proceso neumónico o riesgo clínico”. Por tanto, de la historia clínica en esta fase del proceso asistencial no se evidencian síntomas de una neumonía bilateral, que tampoco se consigna como diagnóstico.

Tampoco es cierto que sufra un empeoramiento progresivo pues, según consta en la historia clínica -a la que ha tenido acceso la reclamante-, el paciente va refiriendo que aprecia mejoría (días 20 y 23 de julio), habiendo desaparecido la fiebre y el dolor torácico, sin disnea, y persistiendo únicamente la tos. Sin entrar a recordar las limitaciones de medios sufridas para hacer frente a la pandemia y el establecimiento de protocolos que velasen por la seguridad del conjunto de la población, personal sanitario y pacientes de todas las patologías, cabe señalar que queda suficientemente justificado que este paciente fue atendido según la clínica que presentaba en cada momento, siendo sometido a un seguimiento riguroso y constante, programado, constanding las reiteradas advertencias que se le formularon para que en el caso de padecer ciertos

síntomas se dirigiese al Servicio de Urgencias, resultando que éste admitía encontrarse mejor hasta la fecha (26 de julio) en la que, sufriendo un empeoramiento brusco, sigue las instrucciones recibidas y acude al Servicio de Urgencias, siendo trasladado al Hospital "Y" siguiendo los criterios de centralización establecidos para hacer frente a la pandemia.

En la fase inicial de la asistencia, momento en el que se señala en la reclamación que concurre mala praxis, el paciente fue sometido a todas las pruebas complementarias que, no ya su estado sino sus patologías concurrentes previas (asma) y dado que no estaba vacunado, resultaban adecuadas, de manera que no cabe admitir que se produjo una atención deficiente. Es el resultado de dichas pruebas, incluyendo la prueba de imagen, el que determina que se opte por seguir tratamiento ambulatorio en el domicilio (no consta diagnóstico de neumonía bilateral en esta fase), y los síntomas -fiebre, tos, expectoración, disnea de decúbito y dolor torácico- van desapareciendo progresivamente en los días siguientes, excepto la tos. En definitiva, hasta la fecha en la que sufre un empeoramiento brusco y acude a Urgencias, quedando ingresado, el paciente no presentaba síntomas que indicasen la necesidad de proceder a un ingreso hospitalario, ni signo alguno de gravedad, de modo que el tratamiento que se dispensa se centra en cubrir posibles riesgos derivados de su patología de base y de la falta de vacunación. En todo caso, ha de recordarse, tal y como refleja la Jefa del Servicio de Urgencias, que frente a la infección por este virus "no existe tratamiento efectivo hasta día de hoy", y que la evolución de esta infección era desconocida y desigual en atención a diversos factores singulares de cada paciente.

En consecuencia, el análisis efectuado permite constatar que la atención prestada al paciente se atuvo a los protocolos aplicables en cada momento y alcanzar convicción fundada sobre la corrección de dicha asistencia, que se ajustó a los síntomas que sucesivamente mostraba el afectado, sin que puedan reputarse probados los reproches formulados respecto a aquella y descartándose la pérdida de oportunidad articulada sin sustento 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.