

Expediente Núm. 207/2012
Dictamen Núm. 244/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de septiembre de 2012, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 23 de julio de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios ocasionados por la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de mayo de 2011, la interesada, en su propio nombre y derecho y en nombre y representación de sus dos hijos, mayores de edad, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la incorrecta atención recibida en dos hospitales pertenecientes a la red pública asturiana.

Relata que en el mes de mayo de 2010 su marido se encontraba "ahogado y bastante mal", lo que motivó que se consultara con una cardióloga que "le mandó acudir" al Hospital "X" "para realizar una prueba de esfuerzo" el día 10 de mayo, la cual "no fue capaz" de pasar, indicándosele que se le remitiría a otro centro de Oviedo para practicarle un "cateterismo". Ante el empeoramiento de su estado, acude al Servicio de Urgencias del Hospital "X" el día 13 del mismo mes, quedando "ingresado por disnea de esfuerzo con molestia torácica asociada y dolor en el hombro izquierdo al caminar". Se le practicó una "coronariografía, objetivándose enfermedad coronaria de dos vasos, quedando su caso pendiente de sesión médico-quirúrgica" en el Hospital "Y". En el alta hospitalaria, que tuvo lugar el día 18 de mayo, se hace constar en el apartado relativo a tratamiento que evite "esfuerzos físicos importantes, puede pasear por terreno llano".

Expone que el día 3 de junio acudió, según lo previsto, al Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital "Y", "donde firmó" documentos en los que constaba su inclusión en lista de espera (al considerarse que su proceso requería "una operación no urgente") y consentimiento informado para la realización del procedimiento de "revascularización miocárdica". Sin embargo, el día 5 de junio el paciente "sufrió un infarto con varias paradas", falleciendo en el Hospital "Y".

Entiende la reclamante "que, caso de haber permanecido" su esposo en cualquiera de los dos hospitales en los que había sido atendido previamente, "a buen seguro (...) se hubiera podido evitar el estrés y los esfuerzos afrontados tras el alta hospitalaria" del día 18 de mayo, que hubiera disfrutado de "un seguimiento y unos cuidados puntuales a los que nunca podría acceder en su domicilio con la rapidez que requiere este tipo de lesiones" y que "se hubiera podido adelantar la intervención quirúrgica con tan solo haber consignado en el informe que `su proceso requería una intervención urgente´, pero nada de eso", concluye, "se llevó a cabo y la consecuencia fue el fatal desenlace del fallecimiento de un paciente de tan solo 60 años de edad".

Cita, en apoyo de su pretensión, diversa jurisprudencia y solicita una indemnización por importe total de ciento sesenta mil euros (160.000 €), de los cuales 130.000 € corresponderían a la viuda y 30.000 € a los dos hijos, especificando que se “ha de ponderar”, a efectos del cálculo de la cuantía, “el lucro cesante dejado de obtener como consecuencia del fallecimiento del cabeza de familia, esposo y padre de los reclamantes”.

Adjunta a su escrito diversa documentación, tanto acreditativa de la relación de parentesco existente entre el fallecido y los reclamantes como relativa a la atención médica dispensada.

2. Mediante escrito notificado a la reclamante el día 10 de junio de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Con fecha 17 de junio de 2011, el Gerente del Hospital “X” remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia íntegra del historial médico del paciente, junto con el informe emitido el día 16 del mismo mes por una médica del Servicio de Cardiología.

4. Mediante escrito de 21 de junio de 2011, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital “Y” envía al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente y con fechas 28 de junio y 1 de julio de 2011 le traslada los informes emitidos por los Servicios de Cirugía Cardíaca y Cardiología, respectivamente, careciendo este último de fecha y de firma.

5. El día 25 de noviembre de 2011, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él propone la desestimación de la reclamación, rechazando que pueda atribuirse el “súbito empeoramiento” al hecho de no haber permanecido hospitalizado el

enfermo, al tiempo que destaca que la intervención se había programado con carácter preferente y que “son dignos de alabar la celeridad y el empeño” de los profesionales intervinientes con ocasión del episodio de infarto que sufrió el fallecido.

6. Con fecha 5 de diciembre de 2011, el Jefe del Servicio instructor comunica a la reclamante la necesidad de acreditar la representación de sus hijos en el procedimiento, concediéndole un plazo de diez días al efecto, lo que se cumplimenta mediante comparecencia personal al efecto y poder notarial presentado ante el órgano instructor, respectivamente.

7. El día 6 de marzo de 2012, un especialista en Cardiología emite, a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, un informe en relación con el presente supuesto. En él, tras efectuar diversas consideraciones médicas, proporcionando respuesta a las concretas imputaciones contenidas en el escrito inicial, concluye que “el tratamiento hubiera sido el mismo tanto en el hospital como en su domicilio”, que la medicación dispensada era la correcta “para un caso como este” -destacando la importancia del Clopidogrel, que hubo de suspenderse en el paciente por la “disminución de las plaquetas” que le provocaba- y que “tanto en la valoración por parte de Cardiología Clínica como por el Servicio de Cirugía Cardíaca (...) se cumplieron los protocolos establecidos para un caso como este”, pues “la indicación de la operación no era urgente, sino preferente, y eran necesarias las medidas de preparación previas de cara a lograr el mejor resultado quirúrgico”.

8. Con fecha 27 de abril de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica a la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 4 de mayo de 2012, comparece esta en las dependencias administrativas y toma vista del expediente, concediendo autorización a una representante para actuar en su nombre.

9. Mediante escrito presentado en el registro de la Administración del Principado de Asturias el día 15 de mayo de 2012, la representante de la interesada formula alegaciones. En él, tras reiterar las manifestaciones contenidas en su solicitud inicial, desgrana las calificadas como “oscuridades que plagan el expediente”, acompañando diversa documentación fechada en el año 2008 acreditativa de la situación de jubilación por incapacidad permanente del fallecido -funcionario docente-, a efectos de demostrar la gravedad de su estado de salud, y la copia de una sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias extraída de una base de datos legislativa.

10. El día 2 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella, pronunciándose sobre las concretas alegaciones formuladas durante el trámite de audiencia, afirma la corrección y conformidad con la *lex artis* de la actuación sanitaria desplegada.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 23 de julio de 2012, registrado de entrada el día 27 del mismo mes, 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 Sanidad, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 27 de mayo de 2011, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- el día 5 de junio de 2010, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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 observa que uno de los informes remitidos -el elaborado por el Servicio de Cardiología del Hospital "Y"- carece de fecha y firma, aunque va acompañado de un oficio de la Responsable del Servicio de fecha 22 de junio de 2011, por lo que ha de entenderse que, pese a la falta de constancia sobre su autoría, dicha profesional refrenda su contenido.

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 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 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.

SIXTA.- Los reclamantes, esposa e hijos de un paciente fallecido tras recibir atención médica por un problema coronario, achacan al tratamiento dispensado, y singularmente a la falta de realización de una intervención quirúrgica con carácter urgente, el agravamiento del estado de su familiar, así como su posterior defunción.

A la vista de la documentación obrante en el expediente, resulta acreditado el óbito, ocurrido el día 5 de junio de 2010 a causa de una parada cardíaca, así como el proceso asistencial prestado durante el mes anterior, en el cual se incluyó al enfermo en una lista de espera quirúrgica para la práctica de una operación relacionada con la patología que padecía. Dada la relación de parentesco existente entre los comparecientes y el enfermo, cabe presumir que aquellos han sufrido, al menos, un daño moral derivado de su defunción, cuya exacta valoración habremos de realizar en caso de apreciar la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

Ahora bien, la mera existencia de unos daños efectivos, individualizados y susceptibles de evaluación económica surgidos en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público y que son antijurídicos.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar

este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

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.

Los interesados centran su imputación en dos actuaciones concretas; aducen, en primer lugar, que el alta hospitalaria del día 18 de mayo de 2010 no debió producirse, pues ello privó al paciente tanto de la tranquilidad que su estado requería como, de forma específica, de una atención inmediata que habría paliado los efectos del infarto que, a la postre, sufrió en su domicilio y determinó su muerte. Tal reproche recae sobre el primero de los hospitales en que fue tratado. Y, por otra parte, consideran que ha existido una pérdida de oportunidad en el tratamiento de su dolencia, pues en caso de haber optado por llevar a cabo la operación para la cual fue incluido en lista de espera quirúrgica de forma urgente, y no preferente, podría haberse evitado el fatal desenlace, habiendo sido adoptada esta decisión por el equipo competente del segundo hospital en que fue atendido.

Hemos de observar que, pese a los razonamientos que en defensa de su pretensión exponen los comparecientes, su argumentación no se sustenta en informe técnico alguno que contradiga el contenido de los aportados a instancia de la Administración, entre los que ha de destacarse el elaborado por el especialista de una asesoría a instancia de la compañía aseguradora, pues los emitidos por los tres Servicios intervinientes (de dos hospitales distintos) se limitan a describir el proceso asistencial llevado a cabo sin justificar, suficientemente, las actuaciones cuestionadas en el presente procedimiento.

Así, y en relación con la primera objeción planteada -el alta hospitalaria del día 18 de mayo de 2010-, el informe entonces emitido, obrante en la historia clínica, precisa que "se decide control ambulatorio" dada "la buena

evolución clínica del paciente durante su hospitalización”. Por su parte, el informe de la asesoría privada fija los parámetros que en aquel momento avalaban la citada “buena evolución clínica”: el enfermo “no sufría una angina refractaria al tratamiento con cambios dinámicos en el EKG, no había arritmias malignas (inestabilidad eléctrica), ni tampoco (...) signos de insuficiencia cardíaca congestiva (inestabilidad hemodinámica)”, concluyendo que no había “indicación” de hospitalizarlo, toda vez que “el tratamiento farmacológico aplicado habría sido el mismo”. Frente a ello, no cabe sostener que se trató de un “alta rápida y precipitada” basándose en que la prolongación de la estancia en el hospital hubiera supuesto una mayor tranquilidad para el paciente y un mayor y mejor descanso; apreciación meramente subjetiva y ajena a cualquier criterio médico-científico que no puede compartirse, ya que no resulta posible aceptar, sin más, que para un paciente que tiene buena evolución clínica la permanencia en su hogar sea un factor de estrés y la estancia en el medio hospitalario una garantía de un ambiente libre de crispación. Partiendo, pues, de la corrección del alta, a la que, por cierto, no consta que formulara oposición el afectado, lo que abunda en la dificultad de apreciar el estrés alegado, las ventajas que en la inmediatez del tratamiento, una vez sufrido el infarto, hubiera implicado la permanencia en el hospital constituyen una mera hipótesis frente a la cual se alza la certeza constatada en relación a la celeridad de la actuación desarrollada por los servicios sanitarios ante este episodio. Según el documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular, “la imprevisible desestabilización de algunos de estos enfermos forma parte de la historia natural de la enfermedad y ocurre sin relación con un factor desencadenante conocido”, pudiendo “acontecer también cuando están pendientes de una exploración o durante la espera de la cirugía”, como sucedió en el presente caso, sin que por ello pueda alegarse que la mera estancia en el hospital habría garantizado *per se* un resultado distinto; prueba de ello son los infinitos fallecimientos de personas ingresadas que como consecuencia de accidentes coronarios imprevisibles se producen en todos los hospitales, incluso en los mejor dotados.

Pero la cuestión central suscitada por los reclamantes es, como ya se ha indicado, la discrepancia entre el carácter urgente, como defienden los familiares, y el preferente, como indicaron los servicios sanitarios, de la operación de revascularización miocárdica; opción terapéutica decidida, según el Servicio de Cirugía Cardíaca, "tras ser presentado en sesión médico quirúrgica el día 20 de mayo de 2010" el caso, por lo que se citó al paciente para el 3 de junio, fecha en la que firma tanto la solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica como el documento de consentimiento informado.

Al respecto, el informe de la asesoría, partiendo del aludido "documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular", diferencia, dentro de la "cirugía prioritaria", la "de emergencia", a efectuar en "menos de 24 h"; la "de urgencia", a realizar "en menos de 72 h", y la "preferente", que debe llevarse a cabo "en menos de 14 días". Tal categorización no contradice la vigente clasificación prevista en el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen Medidas para el Tratamiento Homogéneo de la Información sobre las Listas de Espera, cuyo anexo III dispone, al ordenar las "prioridades para una indicación quirúrgica", que la "prioridad 1" se dará a "pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días".

A continuación, expone el referido informe que "aplicando los criterios de ordenación temporal de la SEC no había indicación urgente, sino preferente", puesto que "el grado de severidad de la angina era 2 (...), no aparecía en reposo", la fracción de eyección "por ecocardiografía estaba conservada, no había lesión en el (tronco coronario izquierdo), sino en la (descendente anterior) proximal, ni inestabilidad eléctrica ni signos de insuficiencia cardíaca congestiva". A ello añade que "era necesario una preparación adecuada del paciente de cara al éxito quirúrgico", recordando que el citado documento oficial para cirugía coronaria menciona en sus consideraciones generales "que un plazo de tiempo entre la indicación y la operación es necesario y aun deseable" en las intervenciones quirúrgicas cardiovasculares con la triple finalidad de "realizar un estudio preoperatorio en profundidad (...), ordenar y

planificar la actividad quirúrgica para no saturar innecesariamente la unidad de cuidados posoperatorios ni el propio equipo quirúrgico” y “optimizar el empleo de los recursos disponibles para poder realizar a diario partes completos de la actividad quirúrgica”.

Frente al criterio expresado, los reclamantes únicamente oponen que en la solicitud de inclusión en lista de espera quirúrgica no se haya indicado el carácter preferente de la cirugía, cubriéndose al efecto la casilla de “prioridad”. Tal extremo, reconocido en la propuesta de resolución, no desvirtúa la convicción acerca del carácter preferente que fue atribuido originariamente a la operación, reflejado en la anotación hecha en las hojas de curso clínico del Servicio de Cirugía Cardíaca de 3 de junio de 2010, en la que también se solicitan preoperatorio completo y “eco”, los cuales estaban ya en fase de realización.

Sin perjuicio de la diligente atención que, a la vista de los datos obrantes en el expediente, prestó al enfermo el Servicio de Cirugía Cardíaca, que ya estaba practicando los estudios necesarios para poder llevar a cabo la operación programada con carácter preferente, es obligado poner de relieve también la necesidad y la obligación que en el complejo marco organizativo de un hospital moderno tiene un servicio quirúrgico de realizar un completo estudio de los pacientes que somete a intervención, así como de las particularidades de la misma, toda vez que lo que define a los hospitales que han alcanzado altas cotas de eficiencia y calidad es, justamente, la organización del trabajo de los servicios médico-quirúrgicos conforme a pautas sistemáticas y protocolizadas, que solamente aceptan con carácter excepcional y arriesgado las actuaciones improvisadas y espasmódicas.

Durante el trámite de audiencia los interesados añaden un nuevo enfoque al planteamiento efectuado en la solicitud, pues suscitan la posibilidad de que el paciente hubiera sido operado con anterioridad, con la favorable repercusión que ello habría supuesto en su estado de salud. Efectivamente, la médica del Servicio de Cardiología del Hospital “X” refiere en su informe que, en el pasado (parece aludir a los años 2006 y 2007), “se presenta su caso en dos

ocasiones" en el Hospital "Y", "siendo rechazado por malos lechos distales para tratamiento quirúrgico en ese momento". Pese a que en principio pueda coincidir con los reclamantes en la falta de adecuado reflejo de esta circunstancia en el expediente médico, estimamos plausible la explicación proporcionada por el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria en la propuesta de resolución, que conduce a entender que, en todo caso, es la expresión contenida en el informe emitido con ocasión del presente procedimiento (de fecha 16 de junio de 2011) la que resulta un tanto confusa. Así, el contenido de los documentos emitidos en el año 2007 con ocasión de la realización de un "estudio hemodinámico", tras el cual se consigna como "plan terapéutico" el de "tratamiento médico", impide deducir, en el sentido manifestado por los reclamantes, que fue la facultativa del primer hospital (solicitante del estudio) quien privó al paciente de la oportunidad de realizar la operación al no formular propuesta al respecto, pues, en buena lógica, ello no requiere que esta se efectúe, sino que tal decisión se toma basándose, precisamente, en los resultados del estudio practicado y la recomendación de la misma corresponde, en su caso, al equipo que lleva a cabo aquel, el cual adoptó dicha decisión tras el oportuno debate técnico en una sesión clínica celebrada a tal fin. Esta interpretación es coherente con la constancia, en un informe fechado en el mes de octubre de 2007, de la recomendación, de nuevo, de "tratamiento médico" y también con el de 6 de mayo de 2007, suscritos ambos por profesionales del Servicio de Cardiología del primer hospital.

En consecuencia, ha de concluirse que en el supuesto analizado no se observa infracción de la *lex artis* en la atención proporcionada al paciente, sin que se haya acreditado la falta de acierto en las decisiones terapéuticas tomadas durante la misma.

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,

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.