

Expediente Núm. 2/2008
Dictamen Núm. 16/2009

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Jiménez Blanco, Pilar
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
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 19 de febrero de 2009, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 21 de diciembre de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, en beneficio de la comunidad hereditaria de su hijo fallecido, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado en una oficina de Correos de Gijón el día 29 de enero de 2007, la reclamante solicita una indemnización por el fallecimiento de su hijo, que atribuye al funcionamiento del servicio público sanitario.

Afirma que su esposo, “padre del difunto”, había sido diagnosticado de “patrón electrocardiográfico de síndrome de Brugada”, quedando pendiente de

“estudio electrofisiológico programado”, según informe del Hospital “X” “con fecha de ingreso 5/10/2004”, y que el día 26 de enero de 2006 su hijo había asistido a “revisión cardiológica por CIV con trastorno de conducción (padre con síndrome de Brugada)”, en el Hospital “Y”, anotándose en el informe de dicha revisión, del día 22 de mayo de 2006, que “se ha solicitado informe del padre” al Hospital “X”, que no fue remitido. Continúa relatando que su hijo falleció el día 17 de agosto de 2006, y que, según el informe del Instituto de Medicina Legal del Principado de Asturias, la causa de su muerte fue una “arritmia ventricular por síndrome de Brugada”, por no haber instalado un desfibrilador automático (DAI) que resolvería el riesgo acaecido, por lo que “nos encontramos ante una muerte por causas naturales en el devenir de una enfermedad no adecuadamente tratada”.

Sostiene que, aunque su hijo presentaba síntomas y tenía antecedentes familiares de síndrome de Brugada, no se le instaló un desfibrilador, y el Hospital “X” no remitió las conclusiones del estudio, supuestamente efectuado a su padre -esposo de la reclamante-, al Hospital “Y” Valora el daño ocasionado en doscientos cuarenta mil euros (240.000 €).

Propone prueba documental, consistente en que “se incorporen (...) los historiales clínicos médicos” del perjudicado y de su padre, y prueba pericial “a fin de que por el Inspector de Servicios Sanitarios se informe sobre (...): Si (el perjudicado) falleció a consecuencia de una “arritmia ventricular” por “síndrome de Brugada” y pese a los antecedentes no se le instaló un desfibrilador, siendo la enfermedad inadecuadamente tratada./ Si el (Hospital “X”) no remitió el correspondiente estudio al Hospital “Y” a pesar de tener conocimiento, ya en el año 2003, de que el padre (...) padecía alteraciones (...) de síndrome de Brugada”.

Adjunta a su escrito copia de los siguientes documentos: a) Certificado de defunción del menor. b) Informe del Instituto de Medicina Legal del Principado de Asturias, fechado el 18 de agosto de 2006, en el que el forense manifiesta haber reconocido el cadáver del perjudicado, en cuyos

“antecedentes patológicos consta un (síndrome) de Brugada e intervención quirúrgica por cardiopatía de tipo CIV (comunicación interventricular)”. Señala que, según “la documentación clínica consultada a propósito del presente caso”, el síndrome de Brugada “se transmite genéticamente con un patrón autosómico dominante con predominio en varones./ Su pronóstico es fatal si no se implanta un desfibrilador automático tanto en los que han presentado síntomas como en los asintomáticos con antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca”. Concluye que la causa de la muerte es “arritmia ventricular por (síndrome) de Brugada” y que su etiología médico legal es la falta de “instalación de un desfibrilador automático (DAI) que resolvería el riesgo acaecido”, por lo que se trata de “una muerte por causas naturales en el devenir de una enfermedad no adecuadamente tratada”. c) Informe de alta del Servicio de Cardiología del Hospital `X´, de fecha 7 de octubre de 2004, relativo al padre del perjudicado, sin firma, en el que consta “no antecedentes familiares de muerte súbita”, como diagnóstico “patrón electrocardiográfico de síndrome de Brugada” y en el apartado de evolución y comentarios que se trata de un “varón (...) que acude a urgencias por clínica atípica y hallazgo casual de patrón ECG de síndrome de Brugada. Dada la ausencia de antecedentes familiares patológicos, se decide alta para posterior estudio electrofisiológico programado”. d) Informe del Servicio de Cardiología Infantil del Hospital `Y´, fechado el 22 de mayo de 2006, relativo a la consulta efectuada el día 26 de enero de 2006, a la que asistió el perjudicado por “revisión cardiológica por CIV con trastorno de conducción (padre con síndrome de Brugada)”. En las recomendaciones se especifica que “se ha solicitado el informe del padre al (Hospital `X´) dado que existe sospecha de síndrome de Brugada. Pendiente de resultado” y se le cita a consulta el día 13 de septiembre de 2006.

2. Con fecha 9 de febrero de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias (en adelante Servicio instructor) notifica a la reclamante una resolución por la que se suspende el procedimiento

administrativo en tanto recaiga resolución firme en el orden penal, “habida cuenta que la fijación de los hechos por este orden jurisdiccional puede tener, razonablemente, incidencia sobre el procedimiento de responsabilidad patrimonial”.

3. El día 6 de marzo de 2007, un representante de la interesada comunica al Jefe del Servicio instructor que el día 29 de diciembre de 2006, el Juzgado de Instrucción Nº 3 de Pola de Siero dictó Auto (del que acompaña copia) por el que se decretaba el sobreseimiento libre y el archivo de las actuaciones penales, interesando la reanudación del procedimiento.

4. Con fecha 20 de marzo de 2007, el Servicio instructor comunica a la interesada que se ha dispuesto proseguir la tramitación, así como la fecha en que la reclamación ha tenido entrada en dicho Servicio -el 31 de enero de 2007-; la incoación del oportuno procedimiento; las normas con arreglo a las cuales se tramitará, indicándole que el plazo de seis meses se empezará a contar “desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, y los efectos del transcurso de plazo sin que haya recaído resolución expresa. Asimismo, le requiere para que acredite la condición de representante de quien ha instado la reanudación del procedimiento.

5. Mediante oficios de 15 de marzo de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Dirección de Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias, copia del expediente administrativo del perjudicado; al Hospital “Y”, la documentación clínica del perjudicado, informe del médico responsable o del Jefe de la Unidad correspondiente, así como indicación de si fueron recibidos los informes relativos al padre del perjudicado y, en caso contrario, cuál habría sido su repercusión en el tratamiento del menor; y a la Dirección Gerencia el Hospital “X”, copia de la historia clínica del perjudicado, informes clínicos de su padre, así como

indicación de si se recibió solicitud de los informes clínicos del padre, formulada por el Hospital "Y", y fecha de remisión de los mismos, en su caso.

6. El día 22 de marzo de 2007, en acta de comparecencia, la interesada atribuye su representación a dos personas, que identifica. Obra incorporada al expediente fotocopia de dos hojas del libro de familia de la reclamante en las que constan los titulares del libro y la anotación del perjudicado como hijo de ambos.

7. Mediante oficio de 27 de marzo de 2007, la Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite copia del expediente del perjudicado, en el que figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Medicina Pediátrica -Sección de Cardiología Infantil- del, entonces, Hospital (en la actualidad Hospital "X") de fecha 8 de abril de 1992, en el que consta el diagnóstico de "comunicación interventricular" y la realización de un electrocardiograma en el que se aprecia "hipertrofia de VD con BRD. Hemibloqueo anterior izquierdo". También refleja que "se solicita (...) traslado al Hospital "Y". B) Órdenes de asistencia para consulta en el Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital "Y" e informes de alta del citado Servicio relativos a las revisiones a las que acudió el perjudicado desde el día 30 de abril de 1992 hasta el 26 de enero de 2006.

8. El día 30 de marzo de 2007, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de los informes médicos que figuran en la historia clínica del perjudicado y en la de su padre.

En la del menor aparecen, entre otros documentos: a) Informe del Servicio de Neonatología, fechado el día 20 de febrero de 1991, cuando contaba 15 días de edad, en el que se le diagnostica "cardiopatía congénita CIV doble". b) Nueve informes de consulta de la Sección de Cardiología Infantil del Servicio de Pediatría, entre el día 10 de abril de 1991 y el 2 de noviembre de

2004. En este último figura anotado próxima revisión "pasado 1 mes y medio". En todos ellos consta la realización de electrocardiogramas en los que se aprecia bloqueo de rama derecha. c) Informe de alta del Servicio de Cardiología Infantil del Hospital "Y", de 15 de octubre de 2004, en el que ingresó por "cateterismo cardíaco, cierre percutáneo de CIV perimembranosa". d) Expediente de Urgencias del SAMU, correspondiente al día 17 de agosto de 2006, compuesto de la hoja de registro de enfermería, en la que se anota "nos avisan por paciente inconsciente" de 15 años con síndrome de Brugada y se consignan como antecedentes "síndrome de Brugada./ CIV IQ 18/10/2004", y del informe clínico-asistencial, en el que figuran como antecedentes personales "intervenido de cardiopatía CIV" y se aprecia "pérdida de conciencia".

La documentación correspondiente al padre del menor está integrada por los siguientes informes del Servicio de Cardiología del Hospital "X": a) Informe de 7 de octubre de 2004, en el que se diagnostica "patrón electrocardiográfico de síndrome de Brugada" y "se decide alta para posterior estudio electrofisiológico programado", así como recomendación de acudir el día del ingreso "con trazados electrocardiográficos de familiares (hermanos e hijos)". b) Informe de 27 de octubre de 2004, tras la realización del estudio electrofisiológico, con el diagnóstico de "(síndrome) de Brugada de bajo riesgo". c) Informe de 15 de febrero de 2007, relativo a implante de DAI.

9. Con fecha 10 de abril de 2007, el Secretario General del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del perjudicado en el Servicio de Pediatría, compuesta por diversos informes del Servicio de Neonatología y de la Sección de Cardiología Infantil; un informe del Hospital "Y", de 15 de octubre de 2004, y otro de Urgencias del SAMU, fechado el 17 de agosto de 2006, todos ellos ya consignados.

10. Mediante oficio del Secretario General del Hospital "X" de 24 de abril de 2007, se remite al Servicio instructor copia del informe del Servicio de Pediatría

que atendió al perjudicado, fechado el 19 de abril de 2007. En él se consigna que es visto por primera vez “a los 18 días de vida. Presentaba soplo de comunicación interventricular. ECG: bloqueo incompleto de rama derecha. Hemibloqueo anterior izquierdo. La ecocardiografía confirmó la presencia de comunicación interventricular (...). Al año de edad se trasladó al Servicio de Cardiología Infantil del Hospital ‘Y’, donde se confirmó el diagnóstico y lo revisaron periódicamente (...). En el Hospital ‘X’ se le hicieron revisiones antes del cierre del defecto, a los 2, 3, 4 y 7 años y el ECG siempre mostró bloqueo de rama derecha (sin ascenso del S-T) y hemibloqueo anterior izquierdo./ Tras el cierre del defecto, se revisó en el Hospital ‘X’ el 20-10-04 y el ECG seguía con las mismas alteraciones. Se hizo otra revisión el 2-11-04, sin cambios en el ECG. Se le citó para revisión pasado 1 mes y medio, pero ya no volvió a más revisiones”. Concluye que “el ECG nunca mostró características de síndrome de Brugada (...). Nunca se nos dijo que el padre estuviese diagnosticado de síndrome de Brugada (...). El niño nunca tuvo síncope (...). El paciente pudo tener otros motivos más probables de fallecimiento, como son sus trastornos de conducción (pudo hacer un bloqueo A-V) o del dispositivo de cierre de la CIV (que puede dar fenómenos embólicos)”.

11. Con fecha 18 de mayo de 2007, el Director Gerente del Hospital “Y” remite al Servicio instructor los informes que obran en la historia clínica del perjudicado, en los cuales consta la realización de electrocardiogramas -con bloqueo de rama derecha- y otras pruebas complementarias, así como un informe emitido por la doctora que le atendió.

También se adjunta una “nota de evolución”, redactada por dicha doctora al haber sido informada por la familia del fallecimiento del paciente. En ella figura anotado “el día 17-08-06 activo, de viaje y día de campo; a las 8:25 de la tarde inicia respiración profunda, pérdida de conocimiento y convulsiones, con evulsión de ojos./ Llegada al ambulatorio 3-4 minutos después. Inician O₂ y masaje por falta de latido (en el coche). A los 18 minutos choque eléctrico (sin

ECG). Inicia sangrado por vías de acceso venoso y fallece./ No hay necropsia, los padres no estaban con él y telefónicamente la negaron” y termina señalando “primer supuesto: embolia cerebral./ Segundo supuesto: bloqueo A-V”.

En el informe de 13 de abril de 2007, la doctora que había atendido al menor refiere que “acude por primera vez a la edad de 15 meses (29-04-1992) para valoración y nueva opinión, con diagnóstico de comunicación interventricular moderada pequeña (...). Se reevaluó (...) y se realizaron las exploraciones complementarias (...), confirmándose la presencia (...) de un defecto interventricular moderado-pequeño”. Consigna el resultado de la radiografía y que el ECG mostró, entre otros hallazgos, “bloqueo de rama derecha de grado avanzado”, precisando que “se iniciaron controles anuales (...), alternándolos con los realizados en el Servicio de Cardiología Pediátrica” del Hospital “X”, la evolución del perjudicado y las pruebas que se le realizaron.

Relata que “durante este tiempo (el perjudicado) permaneció estable (...) y con un ECG sin cambios./ En el año 2002 se discutió el caso (...), valorándose (...) la presencia de bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior en el ECG y el Qp/Qs por cateterismo, decidiéndose el cierre percutáneo del defecto./ El día 13-10-04 se procedió a dicho cierre (...). El mismo día del cateterismo la madre aportó un informe provisional del padre de (el perjudicado), de fecha 05-10-04, realizado en el (Hospital `X´), a donde acudió por cuadro de dolor torácico inespecífico. Le fue realizado un ECG que informaron como posible síndrome de Brugada, quedando pendiente de confirmar el diagnóstico mediante estudio electrofisiológico. En nuestro Servicio se revisó el ECG de superficie de (el perjudicado), por los componentes de la Unidad de Arritmias, que no apreciaron datos de sospecha de la presencia de dicha patología./ Se solicitó reiteradamente, tanto verbalmente como por escrito a la familia (carta del 08-05-2006), como consta en la historia, y telefónicamente al (Hospital `X´), el resultado del estudio y el diagnóstico definitivo del padre de (el perjudicado), para obrar en consecuencia (valorar el estudio electrofisiológico

en el perjudicado), pero en ningún momento se consiguió el resultado de dicho estudio. Se indicó también a la madre que acudiera con su hijo al Servicio de Cardiología de adultos del (Hospital `X`), con el fin de que dicho Servicio pudiera comparar el ECG de (el perjudicado) con el de su padre, y obtener otra opinión, lo que desconocemos si se realizó". Concluye indicando que "las revisiones de (el perjudicado) tras la colocación del dispositivo (20-01-05 y 20-01-06) mostraron un adolescente normal con desarrollo adecuado, con una actividad excelente y sin cansancio a esfuerzos.

Se adjunta una carta fechada el día 8 de mayo de 2006, dirigida a los padres del perjudicado, en la que la doctora que le atendía ruega le envíen el informe del padre y, caso de que no dispongan de él, acudan al Servicio de Cardiología de su hospital para solicitarlo.

12. Con fecha 1 de junio de 2007, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En el apartado relativo a la valoración del caso, se indica que "el síndrome de Brugada tiene un electrocardiograma típico, caracterizado por una elevación del segmento ST en las derivaciones V1 a V3, con una morfología que se parece a la del bloqueo de rama derecha. A ello pueden asociarse episodios de síncope y de muerte súbita debidos a crisis de taquicardia ventricular polimórfica rápida". Por lo que se refiere al supuesto examinado, subraya que "los (...) electrocardiogramas realizados al menor (...) en ningún momento ofrecieron el patrón característico de la enfermedad de Brugada, incluidos los realizados después de conocer que su padre padecía la enfermedad (...). El perjudicado estaba asintomático, no había en su familia antecedente de muerte súbita y no presentaba ningún otro dato que orientara el diagnóstico hacia un síndrome de Brugada. El hecho de que su padre lo padeciese no significa (...) que el menor tuviese que sufrirlo también".

En cuanto al informe forense, en el que se señala como causa de la muerte una arritmia ventricular por síndrome de Brugada, expone que, sin

ánimo de polemizar, tal afirmación puede resultar aventurada porque (...), el niño no presentaba hallazgo alguno típico del síndrome (...), la arritmia como causa de la muerte es una posibilidad entre tantas otras y (...) aun en el supuesto de que (...) haya sido la causa del fallecimiento, ésta puede no tener nada que ver con la enfermedad en cuestión sino deberse por ejemplo al dispositivo de cierre de la CIV, pues en la literatura médica existen referencias al carácter potencialmente arritmógeno de estos dispositivos". Añade que "el que el Hospital `X` no remitiera al Hospital `Y` los informes del estudio del padre del perjudicado no ha supuesto una pérdida de oportunidad para éste y, sin la previa realización al paciente de un estudio electrofisiológico, en nada hubiera variado la actitud observada por los servicios médicos que lo atendían".

Concluye que "la conducta de los profesionales del sistema sanitario público (...) fue correcta y ajustada a la lex artis".

13. Con fecha 6 de junio de 2007, el Jefe del Servicio instructor remite al Servicio de Salud del Principado de Asturias una copia del informe técnico de evaluación y a la correduría de seguros del expediente íntegro.

14. Mediante oficio de 11 de julio de 2007, el Secretario General del Hospital "X" remite al servicio instructor una copia del informe del Servicio de Cardiología que atendió al padre del perjudicado. En él, con fecha del día anterior, se indica que no existe constancia alguna de haber recibido solicitud de informe de la Sección de Cardiología Infantil del Hospital "Y".

Copia de este informe es remitido por el Servicio instructor a la correduría de seguros.

15. Con fecha 17 de julio de 2007, se emite informe por una asesoría privada, a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, según se indica en la propuesta de resolución y suscrito por un especialista en

Cardiología. En él se realizan diversas consideraciones a propósito de la comunicación interventricular y el síndrome de Brugada.

Por lo que al caso se refiere, señala que “al padre le encuentran de manera fortuita un EKG con síndrome de Brugada; le hacen un EEF el cual resulta negativo para taquicardia ventricular y al considerarlo de bajo riesgo y no habiendo antecedentes familiares de síncope ni de muerte repentina se decide no implantarse un DAI y le dan el alta”. En cuanto al perjudicado, explica que “no encontramos ningún dato firme y claro que permita concluir que la causa de la muerte repentina de este paciente haya sido una arritmia por síndrome de Brugada por 1) no se registró nunca a través de los años un EKG con SB en este paciente; 2) nunca sufrió síncope, ni mareos, ni arritmias cardíacas; 3) en el momento del paro cardíaco no se registró ningún trazado electrocardiográfico que mostrara una arritmia ventricular; 4) no se hizo una autopsia (...) que permitiese excluir otras causas de muerte repentina; 5) el paciente tenía una cardiopatía congénita con alteraciones estructurales y, aun después de la corrección de la misma, el riesgo de muerte repentina es algo mayor que en el resto de la población; 6) padecer un SB no implica por sí mismo que el paciente va a sufrir una muerte súbita; 7) aunque su padre lo tenía, era y es según el EEF realizado, un caso de bajo riesgo puesto que no se indujeron arritmias durante el mismo; 8) aunque el SB se transmite de manera autosómica dominante, eso no quiere decir que todos los hijos de un paciente lo padecerán; 9) si bien los descendientes de un paciente con SB se suelen investigar en busca del mismo, no hay ningún dato diagnóstico que pruebe que este paciente falleció por causa del mismo”.

Respecto al informe forense, manifiesta no entender porqué “se dice que el paciente tenía un síndrome de Brugada cuando nunca fue diagnosticado del mismo, y que ésta fue la causa de su muerte, cuando no se excluyeron por autopsia otras causas de muerte repentina en un paciente con una patología estructural congénita corregida con un dispositivo”. Por ello, considera que “el diagnóstico y tratamiento de este paciente (...) fue en todo momento correcto”.

16. Con fecha 23 de octubre de 2007, el Jefe del Servicio instructor notifica al representante de la interesada la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, remitiéndole una relación de los documentos obrantes en él.

17. Con fecha 6 de noviembre de 2007, el representante de la interesada presenta en una oficina de Correos de Gijón un escrito de alegaciones. En él aduce que se ha privado al perjudicado “de una gran oportunidad en cuanto al esclarecimiento de su enfermedad y modo de tratarla, prueba de ello es (que) por parte del Hospital “Y” se estaba a la espera de dicho informe para obrar en consecuencia”; reitera que, según el informe del médico forense -del que se presume la máxima objetividad-, el perjudicado presentaba síntomas de síndrome de Brugada, y argumenta que esto lo reconoce el Servicio de Prestación Sanitaria cuando, al solicitar la historia clínica del menor obrante en el Hospital “Y”, alude al fallecimiento de éste “afecto de una cardiopatía (síndrome de Brugada)”, y en los electrocardiogramas que se le realizaron, en los que se aprecia bloqueo de la rama derecha. Además, la enfermedad también se le detectó al padre del perjudicado, y todos los tratados coinciden en que en estos supuestos debe efectuarse un estudio electrofisiológico y, en su caso, instalarse un desfibrilador a los pacientes asintomáticos con historia familiar de muerte súbita, por lo que, aunque el padre no había muerto, sí se le había diagnosticado la enfermedad. Por otro lado, manifiesta que la familia carecía del informe sobre el diagnóstico del padre que le había solicitado el Hospital “Y”. Con base en ello, reitera la solicitud de indemnización.

Copia de estas alegaciones se remiten por el Servicio instructor a la correduría de seguros.

18. Con fecha 30 de noviembre de 2007, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación, porque, según expone en el fundamento de derecho tercero, “con los datos disponibles se puede afirmar que el niño no padecía síndrome de Brugada. Por tanto, no estaba indicado implantar un DAI./ El lamentable desenlace (...) no encuentra causa en una asistencia sanitaria defectuosa. A día de hoy, la causa de la muerte del menor se desconoce; señalar a una de las múltiples causas posibles resulta aventurado y no pasa de ser una mera conjetura./ La falta de remisión del estudio electrofisiológico del padre del menor al servicio especializado que lo trataba no ha supuesto para éste una pérdida de oportunidad, pues en nada hubiera variado la conducta terapéutica observada”.

19. En este estado de tramitación, mediante escrito de 21 de diciembre de 2007, registrado de entrada el día 10 de enero de 2008, 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 y Servicios Sanitarios, 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), 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.

No obstante la legitimación para reclamar en su condición de madre del perjudicado fallecido, hemos de indicar que éste no adquirió derecho a la indemnización, por lo que no pudo haberlo transmitido a la “comunidad hereditaria” en cuyo beneficio actúa aquélla. El derecho a la indemnización en caso de muerte corresponde a quienes hayan sufrido daños por el fallecimiento de otro; daños que no necesariamente han de ser inherentes a la condición de heredero del finado. Siendo las expresadas circunstancias suficientes para desestimar la reclamación efectuada en beneficio de la comunidad hereditaria, entendemos que existe causa para fundar una resolución sobre el fondo, considerándola formulada en nombre propio, por lo que, en aras de los principios de economía procesal y eficacia, estimamos procedente un pronunciamiento sobre la pretensión.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto autor de la orden de asistencia del paciente fuera de la Comunidad Autónoma y titular de los servicios sanitarios frente a los que se formula reclamación. El Principado de Asturias sería el responsable último de los daños y perjuicios, en su caso, sufridos por el perjudicado en el centro sanitario situado fuera de la Comunidad Autónoma al que fue derivado, pues éste, actúa por cuenta de aquél.

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 el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 29 de enero de 2007, habiendo tenido lugar el fallecimiento del menor del que trae origen el día 17 de agosto del año 2006, por lo que es claro que se ejerce la acción 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.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a la reclamante, a efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC, incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la misma, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento

de Responsabilidad Patrimonial, "desde que se inició el procedimiento". En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración-, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro, legalmente constituido, del órgano competente para su tramitación. En este caso, la fecha que se indica en la comunicación como de llegada de la solicitud al órgano competente para su tramitación -31 de enero de 2007- consta en una anotación manual, carente de toda apariencia de registro.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Presentada la reclamación el día 29 de enero de 2007 (sin que conste en legal forma su recepción en el registro del órgano competente para su resolución), se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 10 de enero de 2008, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, 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.

SEXTA.- La reclamante interesa una indemnización por el daño sufrido a causa del fallecimiento de su hijo, que atribuye al funcionamiento del servicio público sanitario. Considera que este funcionamiento ha sido inadecuado, por la falta de tratamiento del síndrome de Brugada que -dice- padecía el niño.

La realidad del fallecimiento del hijo de la reclamante ha sido acreditada y, dejando ahora al margen su cuantificación o valoración económica, cabe presumir que aquélla, como madre, ha sufrido un daño moral.

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

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 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la reclamante 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 hemos de señalar 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 ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

El perjudicado había sido diagnosticado de comunicación interventricular en 1991, a los pocos días de su nacimiento. A partir de entonces acudió a revisiones al Servicio de Pediatría del Hospital "X" y, desde 1992, también al Hospital "Y", remitido por aquél. Con ocasión de dichas revisiones se le realizaron distintas pruebas diagnósticas (radiografías de tórax, un estudio Holter, reevaluación del cortocircuito por isótopos, perfusión miocárdica, estudio angio-hemodinámico) y varios electrocardiogramas (en total 28) que presentaban bloqueo de rama derecha. En octubre (entre los días 12 y el 15) del año 2004 se cerró la comunicación interventricular. En ese mismo mes tras hallar casualmente al padre del fallecido un patrón ECG de síndrome de Brugada, se le realiza un estudio electrofisiológico, del que es dado de alta el día 27, con el diagnóstico de síndrome de Brugada de bajo riesgo.

La reclamante vincula la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria con el hecho de que su hijo presentaba síntomas y tenía antecedentes familiares de síndrome de Brugada, a pesar de lo cual no se le instaló un desfibrilador. También alega que el Hospital "X" no remitió las conclusiones del estudio efectuado al padre del perjudicado al Hospital "Y"

Como prueba de sus alegaciones, aporta un informe del médico forense que consigna como antecedentes patológicos del perjudicado "un (síndrome) de Brugada e intervención quirúrgica por cardiopatía de tipo CIV (comunicación interventricular)" y como causa de la muerte "arritmia ventricular por (síndrome) de Brugada", por falta de "instalación de un desfibrilador automático (DAI)", calificándolo como "muerte por causas naturales en el devenir de una enfermedad no adecuadamente tratada". Asimismo, expone que el pronóstico del síndrome de Brugada es "fatal si no se implanta un desfibrilador automático,

tanto en los que han presentado síntomas como en los asintomáticos con antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca”.

Según el informe técnico de evaluación, el repetido síndrome de Brugada “tiene un electrocardiograma típico, caracterizado por una elevación del segmento ST en las derivaciones V1 a V3, con una morfología que se parece a la del bloqueo de rama derecha. A ello pueden asociarse episodios de síncope y de muerte súbita debidos a crisis de taquicardia ventricular polimórfica rápida”. El especialista en Cardiología describe el síndrome de Brugada como “una alteración en el electrocardiograma parecida a la del bloqueo de rama derecha (BRD), pero con una morfología característica consistente en una elevación del punto J y del segmento ST en forma de ‘lomo’ (...) en el tipo I y en forma de ‘silla de montar’ (...) en el tipo II, se ve en las derivaciones V1 y V2 del EKG, pero no tiene los demás cambios de un BRD como es el empastamiento de la onda S en DI, DII, V5 y V6 y sin aumento de la duración del QRS”.

Pues bien, al fallecido se le realizaron a lo largo de sus 15 años de vida casi 30 electrocardiogramas. En todos ellos, según consta en los informes de las consultas respectivas, se apreció un bloqueo de rama derecha, pero no elevación del segmento ST. Los informes técnicos emitidos tras la reclamación niegan que el fallecido presentara síntomas de síndrome de Brugada. El del Servicio de Cardiología Pediátrica del Hospital “X” especifica que “el ECG siempre mostró bloqueo de rama derecha (sin ascenso del S-T)” y concluye que “nunca” presentó características de síndrome de Brugada” y que “el niño nunca tuvo cuadros sincopales mientras se revisó aquí”. Según el informe técnico de evaluación, “los diferentes electrocardiogramas realizados al menor (...) en ningún momento ofrecieron el patrón característico de la enfermedad de Brugada, incluidos los realizados después de conocer que su padre padecía la enfermedad” y “el perjudicado estaba asintomático”. El especialista en Cardiología afirma que “no se registró nunca a través de los años un EKG con SB en este paciente” y que “nunca sufrió síncope, ni mareos, ni arritmias cardíacas”.

En cuanto a los antecedentes familiares alegados, figura acreditado en el expediente que el padre del perjudicado había sido diagnosticado de síndrome de Brugada de bajo riesgo; sin embargo, también consta que no tenía antecedentes familiares de muerte súbita. El informe técnico de evaluación afirma que el hecho de que su padre padeciese síndrome de Brugada no significa “que el menor tuviese que sufrirlo (...), pues aunque dicha enfermedad se transmite con patrón autosómico dominante (...), su manifestación en la generación filial depende de la penetrancia del gen responsable”. El especialista en Cardiología coincide con el anterior, e informa que “aunque su padre lo tenía, era y es, según el EEF realizado, un caso de bajo riesgo puesto que no se indujeron arritmias durante el mismo” y que “aunque el SB se transmite de manera autosómica dominante, eso no quiere decir que todos los hijos de un paciente lo padecerán”.

En definitiva, a tenor de los documentos e informes técnicos obrantes en el expediente, el perjudicado no presentaba síntomas de síndrome de Brugada y no tenía antecedentes familiares de muerte súbita, que son los presupuestos necesarios para la implantación de un desfibrilador automático, por lo que no cabe apreciar por este hecho infracción alguna de la *lex artis ad hoc* en el tratamiento dispensado al paciente.

La reclamante alega, por último, que el Hospital “X” no remitió al Hospital “Y” las conclusiones del estudio que realizó al padre del perjudicado y que aquél había solicitado en 2006. Esta alegación no ha sido negada por los centros sanitarios; no obstante, ha de ser matizada a la vista de los documentos obrantes en el expediente. Así, consta que en el informe de alta, fechado el 7 de octubre de 2004, en el que se diagnosticó al padre del finado un patrón electrocardiográfico de síndrome de Brugada -del que se aportó con la reclamación la primera hoja-, el Servicio de Cardiología del Hospital “X” recomendó que acudiera el día del estudio electrofisiológico con electrocardiogramas de hermanos e hijos. Además, la propia doctora del Hospital “Y” informa que en el año 2006 “se indicó también a la madre que

acudiera con su hijo al Servicio de Cardiología de Adultos del (Hospital `X´), con el fin de que dicho Servicio pudiera comparar el ECG de (el perjudicado) con el de su padre y obtener otra opinión”.

Pues bien, no consta en el expediente que el padre del perjudicado acudiera el día del estudio electrofisiológico con los electrocardiogramas de su hijo, en octubre de 2004, cuando éste, además, acababa de ser intervenido quirúrgicamente para cerrar la comunicación interventricular, tampoco que la reclamante se presentase en el Servicio de Cardiología del Hospital “X”, en 2006, siguiendo las indicaciones y recomendaciones del Hospital “Y”. Además, el Servicio de Pediatría del Hospital “X” informa que, “tras el cierre del defecto, se revisó en el Hospital “X” el 20-10-04” -esto es, 15 días después de que su padre hubiera sido diagnosticado de síndrome de Brugada-, “se hizo otra revisión el 2-11-04” y “se le citó para revisión pasado 1 mes y medio, pero ya no volvió más a revisiones a la Sección de Cardiología Infantil del Hospital `X´”, y señala que “nunca se nos dijo que el padre estuviese diagnosticado de síndrome de Brugada”; circunstancias que permiten excluir todo indicio de mala praxis en este aspecto.

En el trámite de audiencia, la interesada manifiesta que se ha privado al perjudicado “de una gran oportunidad en cuanto al esclarecimiento de su enfermedad y modo de tratarla, prueba de ello es que por parte del Hospital `Y´ se estaba a la espera de dicho informe (el del padre del perjudicado) para obrar en consecuencia”; reitera que, según el informe del médico forense -del que se presume la máxima objetividad-, el menor presentaba síntomas de síndrome de Brugada, y argumenta que esto lo reconoce el Servicio de Prestación Sanitaria cuando, al solicitar la historia clínica del menor obrante en el Hospital `Y´, alude al fallecimiento de éste “afecto de una cardiopatía (síndrome de Brugada)” y en los electrocardiogramas que se le realizaron, en los que se aprecia bloqueo de la rama derecha. Añade que la enfermedad también se le detectó al padre del perjudicado, y todos los tratados coinciden en que en estos supuestos debe efectuarse un estudio electrofisiológico y, en

su caso, instalarse un desfibrilador a los pacientes asintomáticos con historia familiar de muerte súbita, y aduce que la familia no disponía del informe del diagnóstico del padre.

En lo concerniente a este punto, debemos dar por reproducidas nuestras anteriores consideraciones en relación con la ausencia de síntomas y de antecedentes de muerte súbita por parte del perjudicado. La interesada reconoce que carecía de antecedentes de muerte súbita, pero entiende que, al haberle diagnosticado la enfermedad a su padre, también debía realizársele el estudio electrofisiológico al hijo e implantarle un desfibrilador. Sin embargo, no aporta prueba alguna que ampare esta interpretación extensiva de los síntomas, por lo que debe ser rechazada. Tampoco podemos dar por probado que el Servicio de Prestación Sanitaria reconociera que el perjudicado padecía el síndrome de Brugada, pues, las alegaciones remiten a un oficio dirigido al Hospital "Y", en el que se solicita diversa documentación y en él se consigna la enfermedad que se alega en la reclamación como referencia, sin que ello pueda suponer el reconocimiento de su existencia.

Es cierto que el informe forense refleja que el perjudicado padecía un síndrome de Brugada, pero sin que conste con anterioridad diagnóstico o sospecha del mismo y sin especificar el modo a través del cual se llegó a tal conclusión. A este respecto, no podemos considerar como diagnóstico la anotación del síndrome de Brugada como antecedente del perjudicado que se realiza en la hoja de registro de enfermería del Servicio de Urgencias del SAMU (fecha el 17 de agosto de 2006), único documento en el que consta tal patología referida al menor con anterioridad al informe forense que alega la reclamante, dado que el propio informe clínico asistencial emitido en el mismo Servicio sólo consigna como antecedente personal la intervención de la cardiopatía por comunicación interventricular y como enfermedad actual una pérdida de conciencia.

Todos los informes emitidos durante la tramitación del procedimiento ponen de manifiesto las deficiencias del referido informe forense. La doctora

que atendió al perjudicado en el Hospital "Y" afirma que no se puede concretar la causa de fallecimiento del paciente, entre otros motivos, porque "no se le practicó la necropsia, por negativa de la familia". Según el informe técnico de evaluación, la especificación que contiene el informe forense de una arritmia ventricular por síndrome de Brugada como causa de la muerte "puede resultar aventurada porque (...) el niño no presentaba hallazgo alguno típico del síndrome (...), la arritmia como causa de la muerte es una posibilidad entre tantas otras y (...) aun en el supuesto de que (...) haya sido la causa del fallecimiento, ésta puede no tener nada que ver con la enfermedad en cuestión sino deberse por ejemplo al dispositivo de cierre de la CIV, pues en la literatura médica existen referencias al carácter potencialmente arritmógeno de estos dispositivos". Por su parte, el especialista en Cardiología subraya que "en el momento del paro cardíaco no se registró ningún trazado electrocardiográfico que mostrara una arritmia ventricular" y que "no se hizo una autopsia (...) que permitiese excluir otras causas de muerte repentina". Añade que "el paciente tenía una cardiopatía congénita con alteraciones estructurales y, aun después de la corrección de la misma, el riesgo de muerte repentina es algo mayor que en el resto de la población". Por ello, manifiesta no entender el porqué de que en dicho informe forense se diga "que el paciente tenía un síndrome de Brugada cuando nunca fue diagnosticado del mismo, y que ésta fue la causa de su muerte, cuando no se excluyeron por autopsia otras causas de muerte repentina en un paciente con una patología estructural congénita corregida con un dispositivo". A mayor abundamiento, aclara que "padecer un (síndrome de Brugada) no implica por sí mismo que el paciente va a sufrir una muerte súbita".

En resolución, consideramos que, en este caso, las conclusiones del informe forense no explicitan la base científica y empíricamente contrastada en la que se fundamentan, y así lo han puesto de manifiesto el resto de los emitidos en el presente procedimiento, pues no se registró una arritmia ventricular, ni se realizó una necropsia al perjudicado, lo que hubiera permitido

concretar la causa de la muerte o descartar otras posibles. Un simple examen del cadáver resulta insuficiente para determinar que el perjudicado falleció por síndrome de Brugada; es más, no consta que el forense haya analizado la historia clínica del menor -en la que no figura diagnóstico o sospecha del síndrome de Brugada- y los resultados de las pruebas que se le realizaron durante los 15 años en que fue tratado.

Por último, en cuanto a la falta de remisión del informe del padre del fallecido al Hospital "Y", ya hemos constatado que este hospital no se limitó a solicitar el informe al Hospital "X", como alega la reclamante, sino que también instó a la familia -que no lo niega- a que le remitiera dicho informe y a que acudiera con el menor al Servicio de Cardiología del Hospital "X". Asimismo, se ha acreditado que, ya en 2004, este mismo Servicio había solicitado -al parecer, infructuosamente- al padre del menor los electrocardiogramas de su hijo, así como que éste dejó de acudir a revisiones en la Sección de Cardiología del Servicio de Pediatría del Hospital "X" a partir del día 2 de noviembre de 2004. En el trámite de audiencia la reclamante sólo señala que carecía del informe del padre del niño; sin embargo, la doctora que atendió al fallecido en el Hospital "Y" aporta al expediente una carta en la que, además de solicitar a la familia el informe del padre, le indica que -en el caso de que no dispongan de él- acudan al Servicio de Cardiología de su hospital. Además, en el Hospital "Y", al estudiar el caso para decidir el cierre de la comunicación interventricular, en el año 2002, se había valorado la presencia de bloqueo de rama derecha en el electrocardiograma y en el año 2006, después de conocer que el padre padecía síndrome de Brugada, los componentes de la Unidad de Arritmias revisaron el ECG de superficie del menor y no apreciaron datos de sospecha del mismo.

Por tanto, consideramos que la actuación de los facultativos en este caso es conforme con la *lex artis*, y que no puede establecerse una relación de causalidad entre el fallecimiento del hijo de la reclamante y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.