



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 / 2 0 1 4

(Sección 2ª)

La Laguna, a 15 de enero de 2014.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por F.O.P., en nombre propio y en representación de su hija menor N.E.O., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 138/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial por el funcionamiento anormal, se dice, del Servicio Canario de la Salud (SCS).

2. La legitimación de la Consejera para solicitar el dictamen resulta del art. 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC). La preceptividad del mismo resulta del art. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 12, de carácter básico, del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3. El SCS ostenta legitimación pasiva en cuanto titular del servicio a que los reclamantes imputan la causación del daño.

4. Los supuestos perjudicados son la madre y la hermana de las tres menores fallecidas. Estas son, por tanto, las personas legitimadas activamente en el presente procedimiento, en el que la madre actúa en nombre y representación de su hija menor de edad.

* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

5. Los fallecimientos de las menores -F.E.O., S.E.O., y C.E.O.- por los que se reclama acaecieron el 30 de junio de 2002, el 20 de mayo de 2003 y el 25 de junio de 2007, respectivamente. La reclamación se interpuso el 23 de junio de 2008. Por lo tanto, ha vencido el plazo para reclamar en relación con las dos primeras, pero no respecto de la última de las hijas pues la reclamación fue presentada antes del transcurso del plazo de un año desde su fallecimiento, por lo que no puede ser calificada de extemporánea de conformidad con el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

6. Conforme al art. 13.3 RPAPRP, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, el cual se ha sobrepasado ampliamente; sin embargo, la Administración está obligada a resolver expresamente en virtud de los arts. 42.1 y 43.1 y 4.b) LRJAP-PAC.

7. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un dictamen de fondo.

II

1. Según el art. 142.1 LRJAP-PAC y los concordantes arts. 4.1 y 6.1 RPAPRP, el procedimiento se inició con la presentación de la reclamación de la interesada ante el órgano competente.

Debido a que el citado escrito no reunía todos los requisitos legales, la Administración requirió a la interesada en fecha 30 de junio de 2008 a efectos de que subsanara las deficiencias detectadas en el mismo (arts. 71.1 y 74.1 LRJAP-PAC).

Mediante Resolución de 7 de agosto de 2008, se admite a trámite la reclamación formulada, una vez subsanada en los términos requeridos.

2. Los hechos en que se fundamenta la pretensión resarcitoria, en síntesis, son los siguientes:

- La afectada alega que el día 30 de junio de 2002 se produjo el fallecimiento de su primera hija, mientras estaba sentada en un parque, por muerte súbita según informe forense.

- En octubre de 2002, los familiares de la menor fallecida asisten al Centro de Salud de Vecindario, a efectos de realizar las pruebas oportunas tanto a la madre como a sus tres hijas. El facultativo que las asiste solicita que a las afectadas se las

atienda en consulta en el Servicio de Cardiología del Hospital Insular y del Materno Infantil para realizarse el estudio oportuno de las mismas.

- Practicadas diversas consultas, distintos facultativos no concluyeron con alguna indicación terapéutica, ni comunicaron información sobre el riesgo existente en los familiares, particularmente, en las hermanas.

- Debido a los antecedentes de muerte súbita sufridos por miembros de la familia, se sospecha la posibilidad de que se trate de algún problema genético, por lo que en marzo de 2003 se decide tomar muestras de tejido a diversos miembros de la familia, determinar el diagnóstico y posible tratamiento preventivo, en su caso.

- El 20 de mayo de 2003, fallece la segunda hija de la reclamante, de asfixia por inmersión, mientras estaba en una piscina.

- Se realiza un estudio de la enfermedad, entre otros, por el investigador principal, Dr. W.P., quien fue en su día facultativo del Hospital. Dr. Negrín. Igualmente, se realizan estudios por las Unidades de Cardiología del SCS. En enero de 2003, mediante los estudios realizados por los Servicios de Cardiología es detectada la existencia de extrasístoles ventricular y QT, en las menores C. y S.E.O. En marzo de 2003, se toman muestras a todos los familiares y se indica a la familia que se estaba estudiando y que están a la espera de resultados, a lo que la afectada manifiesta disconformidad.

- El 25 de junio de 2007, fallece su tercera hija, en Francia, en un parque de atracciones, diagnosticándosele muerte súbita. La reclamante alega que a la tercera hija fallecida ya se le habían detectado alteraciones -extrasístole ventricular y QT prolongado- en enero de 2003.

- Tras el último fallecimiento se informa a la afectada sobre los resultados negativos de los estudios practicados. Concretamente, según la dicente, comunican que no existe alteración genética alguna, de lo que difiere la perjudicada.

Como consecuencia, la madre de las fallecidas reclama por:

- Haber transcurrido casi cinco años desde que se iniciaron los estudios médicos y cuatro desde el segundo fallecimiento.

- Debido a la insuficiente información facilitada por el SCS, la afectada realiza consulta con el Dr. B. -que presta sus servicios en Barcelona- y desde un primer momento y con anterioridad a confirmar las sospechas médicas el facultativo indica

la administración de betabloqueantes a toda la familia. El citado doctor resuelve en diciembre de 2007, tres meses después de la puesta a disposición de la información clínica del SCS, que las tres niñas fallecidas padecían de alteraciones similares al igual que la abuela materna. Por lo que la afectada entiende que la muerte de la segunda y tercera hija podría haberse prevenido o evitado de haberse realizado los estudios y diagnósticos precisos o, cuanto menos, haber intentado evitar lo sucedido mediante la administración de betabloqueantes. La perjudicada considera pues que el SCS ha funcionado deficientemente debido a la falta de los estudios indicados y por no haberse detectado con tiempo la enfermedad congénita en las fallecidas, por lo que reclama que se le indemnice con una cantidad que asciende a 500.000 euros, correspondientes a la hermana de las fallecidas, N.E.O, y 1.000.000 euros para la madre, por los daños sufridos.

3. Elaborado el borrador de la Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación presentada, se solicitó informe a la Asesoría Jurídica departamental del SCS que es emitido con fecha 4 de marzo de 2013, considerando el citado borrador ajustado a Derecho.

La Propuesta, de 6 de marzo de 2013, considera que no existe relación de causa a efecto entre la asistencia sanitaria prestada y el *exitus* de las tres menores. En cuanto a la segunda fallecida por haber prescrito el plazo para reclamar, entre otros, y en cuanto a la tercera por no existir en el momento conocimiento científico o técnico sanitario para detectar eficientemente la enfermedad, sin perjuicio de que se propuso tratamiento consistente en la práctica de un desfibrilador (DAI), actuación no consentida por los padres.

4. La antedicha Propuesta fue remitida al Consejo Consultivo de Canarias a fin de que dictaminase sobre el fondo del caso planteado. El Consejo Consultivo solicitó que se recabase la información complementaria que consideró pertinente, y que consistió en la emisión del informe facultativo del Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y el informe facultativo de la Unidad de Cardiología Pediátrica del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

5. Después de que fueran emitidos los informes solicitados, se emite Propuesta de Resolución el 10 de diciembre de 2013, pronunciándose en el mismo sentido que la anterior Propuesta de Resolución, pues la información complementaria solicitada viene a confirmar la veracidad de los documentos, datos e informes médicos de los afectados que ya constaban en el expediente.

III

1. La reclamante imputa al SCS el fallecimiento de su tercera hija por negligencia del mismo, al no haberse realizado las pruebas adecuadas y no detectar lo que "para cualquiera era evidente".

2. En relación a los documentos obrantes en el expediente, particularmente los informes clínicos, indican que se actuó conforme a la *lex artis*. Así:

- El fallecimiento de la primera menor, en fecha 1 de julio de 2002, fue a causa de muerte súbita, coincidiendo el citado diagnóstico con el resultado del examen de la autopsia y el informe del médico forense.

- Consta en el expediente la consulta que las hermanas de la primera fallecida realizan con el médico cardiólogo del Centro de Salud de Vecindario en fecha 30 de octubre de 2002. Asimismo, con el facultativo cardiólogo (Dra. A.J.) de la Unidad de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Hospital Universitario Materno-Insular de Canarias, donde fueron valoradas, para estudio y tratamiento en fecha 26 de noviembre de 2002, realizándose E.C.G., Eco Doppler y Holter, con resultado negativo salvo en C., en la que se objetivaron extrasístoles ventriculares aislados, a veces bigeminados, por lo que se propuso control a los tres meses para practicársele nuevo Holter y valorar la posibilidad de tratamiento con betabloqueantes. En cuanto al estudio practicado a las dos hermanas restantes, el resultado fue normal; no obstante se las citó para control a los 6 meses. Sin embargo, ninguna de las tres hermanas acudió al control pautado en las fechas previstas ni posteriormente.

- En febrero de 2004, se acredita que la familia afectada por los hechos relatados fue requerida por el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín para la práctica de pruebas precisas en aras a determinar o investigar las razones de la muerte súbita acusada en aplicación de los conocimientos científicos y técnicos del momento.

- En abril de 2007, el Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria explica a los padres de la tercera hija fallecida con anterioridad al exitus de la misma, sobre los beneficios de la instauración de un desfibrilador (DAI) y los riesgos de no colocárselo. A lo que se oponen.

- Con fecha 25 de junio de 2007, se produce el fallecimiento de ésta última en un parque de atracciones de París.

El informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) concluye que la falta de previsibilidad en el diagnóstico final de las fallecidas fue debida a la ausencia de los conocimientos científico-médico del momento, incluso mediante el estudio practicado en el año 2004, relativo al caso, para establecer relación entre los genes inductores de arritmias y muerte súbita entre la primera fallecida por muerte súbita y la segunda por asfixia por inmersión. El Servicio confirma la prescripción del plazo para reclamar en cuanto a ésta última. En relación a la tercera hermana fallecida, al igual que la primera por muerte súbita, confirma el Servicio el propósito de los facultativos de aplicar un desfibrilador DAI y la negativa de los padres, e indica que la práctica del mismo, en su caso, habría sido determinante para salvar la vida de la menor (folio 198 del expediente). El SIP considera que la asistencia médica prestada por el SCS se ajustó a la *lex artis*.

3. En cuanto a los informes del Servicio de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Hospital Universitario Materno-Insular de Canarias, consta la atención prestada por el SCS, y mantiene su informe de fecha 25 de agosto de 2009, al confirmar en el último informe (31 de mayo de 2013), recabado del Servicio por la instrucción del procedimiento a solicitud del Consejo Consultivo de Canarias, que se practicaron las pruebas precisas para diagnosticar o descartar, en su caso, patologías cardíacas en las hermanas; los controles pautados, así como la falta de indicación terapéutica alegada por la falta de asistencia de las menores a los controles previstos. Las conclusiones se manifiestan en los documentos obrantes en el expediente, principalmente, en las páginas 90 y siguientes *“la niña C., por el hecho de ser hermana gemela de la fallecida S., era la persona de la familia que tenía mayor riesgo de sufrir un evento CV, se mantuvo una reunión específica con sus padres para explicarles ese problema, así como los beneficios de colocarle un desfibrilador, como se había hecho con otros miembros de la familia, y los riesgos de no colocárselo (...) El padre manifestó que no creía que existiera relación alguna entre las muertes de sus dos hijas, F. y S., porque esta última falleció ahogada por falta de vigilancia, por lo que no consentía que se le colocara el dispositivo a su hija. Esta negativa también fue reiterada por la madre de la menor. Ante ambas negativas el desfibrilador no se le colocó, lo que podría haber salvado la vida de C. (...). Posteriormente, la familia E.O. (...) en una reunión mantenida manifestaron que eran conscientes de que la actitud que la familia había tomado respecto a C. había sido errónea por su parte (...)”*. Por lo que el citado Servicio concluye su informe, de acuerdo con el SIP, en cuanto al fallecimiento de las dos primeras, que no se pudo hacer nada para evitarlo, y en relación a con la tercera hija que su

fallecimiento se produjo porque sus padres se negaron a que se le colocara a la menor un desfibrilador que, en su caso, le hubiera salvado la vida. Finalmente, el Servicio considera que se pusieron a disposición de la familia los medios, tanto técnicos como científicos del momento así como humanos.

Concluye el informe de 31 de mayo de 2013 aportando informe genético con resultado negativo de N.E.O., afirmando que en el año 2002 no se había descubierto el gen de la muerte súbita; que con fecha posterior a diciembre de 2007 existía la sospecha, pero no se había demostrado la existencia del gen.

Se confirma en la documentación obrante en el expediente que las tres hermanas no acudieron al control respectivo (página 14 y página 89).

4. En cuanto a los resultados de las investigaciones y estudios practicados, se ha de indicar que la propia familia de las menores solicitó información sobre el caso/diagnóstico a diversos facultativos. Así, la reclamación se dirige contra la Sanidad canaria, pero no se ha de ignorar que de los documentos obrantes en el expediente se acredita que el Dr. W.P. no ostenta relación laboral alguna con el SCS ni con el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín desde junio de 2002, (folio 87); el Coordinador de Admisión del Servicio de Admisión Archivo y Documentación Médica del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín confirma que las menores no disponen de historias clínicas abiertas en el citado centro hospitalario, sino exclusivamente las obrantes en el Centro de Salud.

Es posteriormente, en el año 2007, cuando la familia solicita consulta con el Dr. J.B. de Barcelona y en el diagnóstico genético realizado se objetiva la existencia de una anomalía cardíaca vinculada a los canales de calcio responsable de la aparición de las arritmias mortales, denominada taquicardia-ventricular polimórfica catecolaminérgica. Según se informa al Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, en diciembre de 2007 el Dr. R.B. en Canadá, estudiando a la familia, descubre una nueva alteración genética, (no descrita antes en la literatura), que sugiere que la muerte súbita familiar se debe a la anomalía descrita líneas arriba. Lo que permitiría tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas para los familiares que tengan la variante genética responsable del fallecimiento por muerte súbita (folio 128).

5. Como consecuencia del antedicho diagnóstico, el SCS desarrolla un programa de diagnóstico precoz de cardiopatía familiar con alto riesgo de muerte súbita en Canarias con el fin de identificar precozmente a los miembros afectados de las

familias implicadas para ofrecer tratamiento preventivo eficaz y seguro, y así minimizar el riesgo de muerte súbita. Incluso, se crea una Comisión técnica de seguimiento clínico del programa de diagnóstico precoz de cardiopatía familiar con alto riesgo de muerte súbita en la Comunidad Autónoma de Canarias.

6. En resumen, analizada la documentación clínica y los informes obrantes en el expediente, se considera la ausencia de nexo causal entre el fatal y dramático desenlace y la asistencia médico-sanitaria prestada. Con base en los siguientes fundamentos:

- El primer *exitus* (1 de julio de 2002) sucede de modo imprevisto en un parque y el segundo es declarado en la autopsia como asfixia por inmersión. En ambos casos, el derecho a reclamar ha prescrito, como se ha indicado anteriormente.

- En atención al tercer fallecimiento, mediante los documentos obrantes en el expediente, se acredita que por el SCS se pusieron a disposición de las pacientes todos los medios de acuerdo con el estado de la ciencia y los conocimientos técnicos del momento, iniciándose, incluso, un programa de investigación relativo al caso.

- Según la ciencia médica, cuando ocurrieron los hechos, o por el estudio del año 2004 en el Hospital Universitario de Gran Canaria, no era previsible determinar una relación causal entre los genes conocidos entonces y las muertes súbitas desgraciadamente ocurridas.

6. En definitiva, del análisis de toda la documentación obrante en el expediente, así como de los informes facultativos emitidos que figuran en él, siendo la obligación del servicio público sanitario disponer de todos los medios previstos por la ciencia y la técnica en cada momento y caso concreto, se concluye que la actuación sanitaria se ha producido dentro de los límites de la *lex artis*. Por tanto, la asistencia médica prestada por el SCS a la familia afectada ha sido adecuada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a Dictamen se considera conforme a Derecho.