Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 7 4 / 2 0 1 1

(Sección 2ª)

La Laguna, a 24 de octubre de 2011.

Dictamen solicitado por la Excma. 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 T.R.H., en nombre y representación de S.M.A.H., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 544/2011 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. La solicitud de Dictamen, de 1 de septiembre de 2011, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 22 de septiembre de 2011. De la naturaleza de esta propuesta se deriva la competencia del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, este último precepto, con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el presente expediente se cumple el requisito del interés legítimo de S.M.A.H., que lo hace mediante representación acreditada, y, por ende, del derecho a reclamar, al pretender el resarcimiento de un daño que se le irrogó a su difunto

[*] **PONENTE: Sr. Fajardo Spínola.**

esposo, como consecuencia, presuntamente, de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud.

2. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento, corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

3. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud.

4. La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

5. Se cumple, por otra parte, el requisito de no extemporaneidad de la reclamación, pues aunque la reclamación que da lugar al procedimiento que nos ocupa se presentó el 11 de julio de 2008, y el hecho por le que se reclama se había producido el 20 de octubre de 2002, el plazo de prescripción no está vencido puesto que habiéndose realizado actuaciones judiciales, como consta en el expediente, el año de prescripción se contará a partir de la notificación del auto de confirmación del sobreseimiento, dictado por la Sección 2° de la Audiencia Provincial de Las Palmas en el rollo de apelación n° 337/2006, de fecha 11 de julio de 2007, notificación que se produjo el 4 de septiembre de 2007.

III

El relato de los hechos que son objeto de la reclamación que nos ocupa es el siguiente, a tenor del escrito interpuesto por el representante de la interesada:

"(...) El 20 de octubre de 2002, el ciudadano belga, R.B., esposo de mi mandante, estando en su domicilio, llama al servicio de urgencias del servicio canario de la salud, ya que se encontraba mal, desplazándose un equipo médico que, tras reconocerlo y realizar un diagnóstico preliminar de gastritis, lo traslada en

ambulancia al Centro de Salud de Maspalomas, donde tras más de cinco horas de sufrimiento y falta de asistencia debida muere por un infarto de miocardio.

El que fuera esposo de mi mandante acude al centro de salud de Maspalomas afectado por un intenso dolor que, finalmente, resultó ser mortal y, primeramente, es diagnosticado de una afección menor, una simple gastritis, permaneciendo varias horas sin ser atendido adecuadamente y cuando, finalmente, se aprecia la gravedad de su dolencia, se llama a una ambulancia del servicio canario de la salud que tarda varias horas en llegar. Como resultado de la falta de asistencia inicial, del error de diagnóstico posterior y, finalmente del retraso de la ambulancia que lo debía trasladar a un centro hospitalario, transcurre un periodo de más de cinco horas, tras el cual mi mandante fallece. Parece claro que la conjunción del error de diagnóstico, falta de tratamiento médico adecuado y retraso de traslado al Hospital Insular pudo ocasionar la muerte de mi mandante.

La presente reclamación se basa en que, a juicio de esta parte, se cometieron, por parte del servicio sanitario público, al menos los siguientes errores que determinaron el fallecimiento del paciente:

- Existencia de antecedentes, que le constaban al Servicio Canario de la Salud, de antecedentes de los que se pudiera sospechar la existencia de algún problema cardiaco. (...).

(...) Padecía de tabaquismo (con 66 años de edad fumaba 20 cigarrillos al día desde los 16 años), que su padre había muerto de infarto agudo de miocardio, que su madre era hipertensa y que el propio paciente había padecido con anterioridad cuadros de dolores en el brazo izquierdo y, sobre todo, que, sólo tres semanas antes de su fallecimiento el marido de mi mandante había sufrido un fuerte dolor torácico que fue diagnosticado como «angina de pecho» por le facultativo de guardia en Centro de Salud de Maspalomas, y remitido de manera urgente e inmediata al Hospital Insular para su debida valoración.

(...)

- Decisión sobre el traslado del paciente a un centro hospitalario a través de una ambulancia ordinaria y no urgente. Retraso indebido de la ambulancia.

Con independencia del error de diagnóstico en que se incurrió, es evidente que la decisión de negar al fallecido una ambulancia medicalizada fue igualmente fatal. Pero también resultó fatal que la ambulancia de «transporte» que, según afirmó el

imputado en las diligencias previas, fue avisada a las 19:00 horas, no habiendo llegado al Centro de Salud de Maspalomas a las 20:30 horas, momento del fallecimiento, pues parece claro que de haber llegado la ambulancia al poco de ser llamada, el esposo de mi mandante hubiese sufrido en un centro hospitalario la crisis que, a la postre, resultó fatal, pudiendo beneficiarse de un conjunto de medios (monitorización del paciente, analítica y pruebas diagnósticas que nunca se habrían podido realizar en un simple Centro de Salud).

(...)

- Evolución del paciente en el Centro de Salud de Maspalomas. El tratamiento dispensado.

(...) Parece evidente que si existiese un empeoramiento notable del fallecido desde que llegó al Centro de Salud hasta el momento de su muerte, sería clara la responsabilidad de quienes no cambiaron el tratamiento inicialmente acordado por el médico de la ambulancia -en la reclamación se señala, en contra de lo señalado por el médico, que lo hubo, según afirmó la esposa del fallecido-".

Por todo lo expuesto se solicita indemnización de 74.417,02 euros, más los intereses legales que correspondan.

IV

En este procedimiento, el plazo de resolución está vencido, sin que se justifique la demora, lo que no exime a la Administración de resolver expresamente, sin perjuicio de los efectos y responsabilidades que ello comporte (arts. 42.1 y 7 y 141.3 de la Ley 30/1992).

Constan, es el procedimiento de responsabilidad patrimonial que nos ocupa las siguientes actuaciones:

1) El 25 de julio de 2008 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a la mejora de la solicitud, lo que ésta hace el 1 de agosto de 2008, así como el 23 de octubre de 2008, fecha en la que aporta copia compulsada del poder de representación de quien actúa en el procedimiento, así como certificación del Secretario del Juzgado de Instrucción nº 7 de San Bartolomé de Tirajana, de la que resulta la fecha de notificación del auto de sobreseimiento.

2) Por resolución de 6 de agosto de 2008, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, lo que se le notifica el 2 de septiembre de 2008.

3) Por escrito de 6 de agosto de 2008 se solicita informe al Servicio de Inspección y Prestaciones, lo que se reitera el 26 de mayo de 2009, viniendo a emitirse aquel informe el 12 de julio de 2010, a cuyos efectos se recabó la documentación oportuna. Tal informe se remite a la parte interesada a efectos de la realización de las alegaciones oportunas (lo cual, por otra parte, no procede en esta fase procedimental), el 23 de julio de 2010 (notificado el 27 de septiembre de 2010), viniendo la reclamante a presentar escrito de alegaciones el 8 de octubre de 2010.

4) El 10 de junio de 2010 se insta a la interesada a aportar las Diligencias Penales completas, así como informe Médico Forense. De ello se le notifica el 16 de junio de 2010. La reclamante aporta, el 23 de junio de 2010, copia del escrito en el que se solicita por ella aquella documentación al Juzgado, remitiéndose el 21 de julio de 2010.

5) A fin de dictar acuerdo probatorio, el 18 de octubre de 2010, con notificación a la interesada el 25 de octubre de 2010, se le insta a aportar las pruebas que estime oportunas, viniendo aquélla a presentar escrito el 5 de noviembre de 2010 en el que señala no interesar nuevas pruebas. Así pues, el 9 de noviembre de 2010 se dicta acuerdo probatorio en el que se admiten las pruebas inicialmente aportadas por la interesada a la Administración, y, puesto que obran ya todas en el expediente, se concluye la fase probatoria. Ello se notifica a la interesada el 17 de noviembre de 2010.

6) El 10 de noviembre de 2010 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, presentando escrito la interesada, que recibió notificación el 17 de noviembre de 2010, el 26 de noviembre de 2010, en el que reproduce lo manifestado en su escrito de reclamación y solicita terminación convencional del procedimiento.

7) Tales alegaciones se remiten al Servicio de Inspección y Prestaciones, el 1 de diciembre de 2010, para la emisión de informe complementario. El 28 de abril de 2011 se señala por el Servicio que, al no haberse aportado documento o testimonio distinto de los ya tomados en consideración, se reitera en los términos del informe ya emitido.

8) El 28 de julio de 2011 de emite Propuesta de Resolución en la que se desestima la pretensión de la parte interesada, lo que se eleva a definitivo el 31 de agosto de 2011, tras haber sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 26 de agosto de 2011.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en la documentación obrante en el expediente, argumentando lo siguiente:

"(...) De las pruebas aportadas al procedimiento, ha quedado acreditado que los facultativos del Servicio Canario de la Salud actuaron conforme a lex artis ante el resultado de las pruebas diagnósticas (electrocardiogramas seriados y analítica), que son consideradas como normales, y no manifestando el paciente ninguna sintomatología relacionada con una supuesta cardiopatía.

La actuación del profesional sanitario conforme a la lex artis no queda desvirtuada, toda vez que se hace un seguimiento médico y se mantiene en observación en el centro de salud, tras descartar mediante los ECG repetidos la ausencia de patología cardiaca. Por lo que, a juicio de este órgano instructor, su proceder médico no denota una actitud profesional negligente o descuidada, y, en consecuencia, sí un empleo de todos los medios diagnósticos a su alcance para la detección de su enfermedad, dada la sintomatología poco precisa que presentaba.

A estos efectos, y respecto del caso analizado, se constata que el tratamiento médico practicado fue correcto, tal y como se recoge en los datos obrantes en la historia clínica y el informe del Médico Forense de fecha 21 de septiembre de 2005, donde se hacen constar las siguientes consideraciones y conclusiones:

La ingestión de antiinflamatorios de forma periódico y en tratamiento de larga duración es compatible con un efecto secundario sobre la mucosa gástrica produciéndose una gastritis crónica por ingesta de antiinflamatorios no esteroideos.

Así mismo un cuadro clínico anterior al día del exitus y valorado clínicamente descarta isquemia cardiaca sin infarto de miocardio (pruebas analíticas y EKG normales).

CONCLUSIONES:

A la vista de los elementos expuestos no hay una falta a la lex artis del ejercicio de la profesión médica y la gastritis es compatible con un primer diagnóstico y en la evolución de éste el desarrollo de una isquemia por insuficiencia vascular del lecho coronario».

Todo lo expuesto hasta aquí nos conduce indefectiblemente a la conclusión –prosigue la Administración- de ausencia de responsabilidad patrimonial de la

Administración Sanitaria y se colige de los términos en que se pronuncia el Auto de fecha 11 de julio de 2007 de la Audiencia Provincial de Las Palmas (obrante en folio 450).

Frente a las afirmaciones que se establecen en el escrito de reclamación, a la vista de la documentación aportada al expediente y de lo expuesto, cabe destacar –continúa- las conclusiones contenidas en el informe de 12 de julio de 2010 del Servicio de Inspección y Prestaciones:

En la presente reclamación se plantea un anormal e incorrecto funcionamiento de la Administración Pública Sanitaria que ha generado un error diagnóstico en la asistencia prestada por el Servicio Canario de Salud. Error consistente en no haber diagnosticado la patología cardiaca tras acudir el paciente con dolor en epigastrio; diagnosticado y tratado de gastritis, y durante el periodo que permanece en observación en el Centro de Salud presenta parada cardio-respiratoria y posterior fallecimiento.

Los síntomas característicos, de la gastritis son: ardor que puede ascender por el tórax o dolor en el epigastrio, acompañado de náuseas, mareos (...).

El diagnóstico de dolor padecido por el paciente entraña gran dificultad debido a las múltiples causas que lo pueden originar (digestiva, cardiológicas, osteomusculares, neuríticas); se localizan tanto patologías banales como potencialmente graves no existiendo siempre una buena correlación entre intensidad del dolor y gravedad de la patología causante.

El objetivo principal de la valoración previa en el Servicio de Urgencias hospitalaria el 28 de septiembre de 2002 fue de dolor torácico, en el que se realizó despistaje de causas cardiológicas del mismo que pudieran poner en peligro la vida del paciente, para lo que se contó con 2 herramientas básicas: la historia clínica y las pruebas complementarias (ecg, analítica y radiológica). Dado de alta con el diagnóstico de dolor torácico inespecífico en tratamiento analgésico al alta y remitido a su médico.

El dolor en epigastrio que presentaba el paciente no contaba con las características sospechosas de cardiopatía ni arrojaba resultados patológicos en los electrocardiogramas realizados en el Centro de Salud; así como tampoco en los realizados en el Hospital semanas antes (en los que el paciente fue atendido por dolor de las mismas características) y cedió con ranitidina. El dolor presentado por

el paciente era de carácter atípico, durante el periodo en que permaneció en observación no existió sospecha de infarto y los síntomas que presentaba no hacían temer nada grave. Dolor localizado en epigastrio sin cortejo vegetativo. Se utilizaron los medios diagnósticos procedentes atendiendo a la sintomatología.

La importancia de realizar ecg durante el episodio de dolor y mantener en observación es que durante los episodios de dolor pueden aparecer nuevos trastornos en un EKG previamente normal o bien se acentúan las alteraciones previas del EKG ya patológico. En todo enfermo sospechoso de angor inestable es de mayor interés tener un EKG realizado durante una crisis anginosa. En el caso que nos ocupa a pesar de la sintomatología atípica se efectúan ecg para despitaje de origen cardiológico del dolor con resultado negativo.

Por todo lo anteriormente expuesto, se concluye:

- Que queda acreditado que desde la atención sanitaria en el domicilio hasta el fallecimiento en el Centro de Salud transcurren 3 horas.

- El paciente no tenía antecedentes cardiológicos conocidos.

- Antecedentes de dolor de similares vs. iguales características en las que se descartó origen isquémico

- Mejoría parcial tras la pauta de ranitidina.

- Ni los síntomas ni los ecg practicados sugerían cardiopatía.

- Se practicaron electrocardiogramas seriados, de 2 a 4 según los médicos informantes y Médico Forense, con resultados normales.

- No previsible la desfavorable evolución posterior, a la vista de los resultados de las pruebas realizadas anteriormente.

- En el momento en que se presentó la PCR permanecía en el Servicio de Urgencias en observación y pendiente de traslado a centro sanitario, por tanto no dado de alta médica. De los datos obtenidos en el expediente no se desprenden signos de gravedad susceptibles de adoptar otras medidas ni indicativo de traslado en ambulancia medicalizada.

Por lo anteriormente descrito, no existía dato objetivo sugestivo de cardiopatía, los médicos intervinientes actuaron conforme a la lex artis ad hoc.

En cuanto al daño alegado, hay que destacar que se actuó correctamente a la luz de los síntomas que presentaba el paciente, por lo que no puede inferirse

responsabilidad de la Administración. (En este sentido STSS, Sala la de 14 de noviembre de 1994, 8 de abril de 1996 (Ar.2988), 9 de junio de 1997 (Ar.4734).

A la vista de lo actuado, cabe concluir que las actuaciones practicadas por los facultativos del Servicio Canario de Salud responden a las exigencias de la lex artis, ya que en los resultados de las pruebas que le practicaron al paciente no se apreciaban indicios que pudieran apuntar a la existencia de patología cardiaca".

2. Pues bien, entendemos que la Propuesta de Resolución no se ajusta a Derecho, dada, precisamente, la información que obra en el expediente. Así pues:

1) Ciertamente, no puede afirmarse con certeza que haya habido o no mala *praxis* al haber diagnosticado como epigastralgia lo que resultó ser una isquemia coronaria, por lo que deberá recabarse nueva documentación al efecto.

Así, bien es cierto que, por un lado, del expediente podría deducirse, como afirma el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones, que los síntomas que presentaba el paciente eran compatibles con el diagnóstico dado, al ser una sintomatología atípica para isquemia coronaria:

- Dolor en el estómago y retroesternal bajo que padece más o menos desde hace un mes, según dicen el paciente y su esposa, tal y como se señala en el informe del Dr. A.G.V. (médico de la ambulancia que lo atiende en su domicilio), de 26 de noviembre de 2008, siendo frecuente y molesto, y que motivó acudir en varias ocasiones a urgencias, donde le han hecho electrocardiogramas con resultado normal, y lo han medicado mejorando.

- Antecedentes de toma de antinflamatorios por bursitis en hombro izquierdo.

- En la exploración y pruebas que se le hacen, se halla: en el examen físico sólo positivo: dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin signo de irritación peritoneal ni otras alteración de interés, dolor a la palpación y movilización del hombro izquierdo, así como una glicemia de 197 mg/dl, hemodinámicamente estable, no signos vagales, ni otra sintomatología de alarma clínica.

- No cabe argumentar, como señala la parte interesada, el dolor en el hombro izquierdo como indicativo de infarto, pues en el caso del paciente se debía o podía confundir con la bursitis de la que padecía, estando a la espera de infiltración y estando tratado con antinflamatorios por ello.

- Tampoco cabe argumentar que el paciente fue diagnosticado el 28 de septiembre de 2002 de angina de pecho, pues si bien consta en su historia clínica que en tal fecha acudió al Centro de Salud por dolor torácico, siendo trasladado al Hospital Insular, "*para descartar angina de pecho*", tras la realización de las pruebas pertinentes se descarta aquélla, siendo dado de alta con diagnóstico de *"dolor torácico inespecífico".*

- Por otra parte, el mantenimiento del diagnóstico en el centro de Salud de gastritis responde a que, habiendo sido trasladado allí para la realización de EKG, como señala el Dr. A.G.V., a pesar de afirmar el Dr. D.N. (informe de 14 de abril de 2010) que le consta que en la medicalizada habían realizado EKG con resultado de normalidad, los, al menos, cuatro electros realizados en el Centro de Salud son normales, como se indica en el informe del Dr. D.N., así como los controles de TA, con ritmo sinusal y sin signos de isquemia.

Ahora bien, por una parte, debe aclararse por médico especialista en cardiología los términos del informe de asistencia Recurso de Soporte Vital Avanzado del médico de la ambulancia acerca de los términos del EKG, pues resulta ilegible, a excepción de datos como *"patrón de un hemibloqueo de rama derecha. No modificación en el EKG evolutivo".*

Asimismo, por otra parte, puesto que consta la realización de sucesivos electrocardiogramas tanto en la ambulancia como en el Centro de Salud, el mismo cardiólogo deberá emitir informe en el que, a la vista de los EKG realizados indique si, con el resultado de normalidad que se ha señalado que todos ellos vertían, es posible que se produzca poco tiempo después un infarto del paciente, o, si por el contrario, los EKG, o alguno de ellos, mostraba algún signo que pudiera hacer sospechar la inminencia de problema cardiaco.

Todo ello, tras haber valorado los datos ciertos y objetivos con los que se cuenta en el expediente, pues existen datos contradictorios que no pueden ser, por tanto, valorados. Así, el médico coordinador de urgencias del 112 manifiesta que el paciente tiene dolor torácico, que lo lleva a sospechar de isquemia coronaria, señalando el informe del SUC, de 30 de diciembre de 2008: *"El médico coordinador que en ese momento se encontraba de guardia, y con la información aportada por la persona que alerta, clasifica la situación del paciente como "dolor torácico con sospecha de isquemia coronaria", por lo que se activó una Ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA)".* Sin embargo, el médico de la ambulancia informa que el

paciente dice "*ahora*" sufrir dolor en el estómago y retroesternal, sin que se haga mención por este médico al dolor torácico.

Por su parte, también se derivan contradicciones de la propia esposa del fallecido de las actuaciones penales, pues, si bien en la declaración de 20 de octubre de 2002 afirma que a su esposo *"le dolía el estómago",* sin embargo, en la declaración tomada el 21 de diciembre de 2004 señaló que su esposo *"aparte de los dolores en el estómago, también tenía dolores en el pecho y en el brazo izquierdo. Que informó a los médicos, pero no le hacían caso".*

De hecho, en el Fundamento de Derecho Tercero del auto de 11 de julio de 2007, de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Las Palmas de Gran Canaria, se indica: *"como resalta el Fiscal en su informe, las declaraciones de la denunciante han ido modificándose a lo largo de la instrucción, pasando de unas en las que simplemente pone de relieve los dolores en el estómago que padecía su marido a otra en la que ya cita que había sido diagnosticado de una angina de pecho".*

En todo caso, sería conveniente, en relación con este dato, solicitar la reproducción existente en su caso y, si es que se conserva también, de la llamada efectuada al médico coordinador del SUC de guardia el día 20 de octubre de 2002, en el que podrían haber quedado reflejados los datos que aportó el paciente o su esposa telefónicamente cuando alertó al 112 y la razón que condujo a la sospecha de isquemia coronaria.

2) Por otra parte, incluso partiendo de un adecuado proceso de diagnóstico, aun siendo éste erróneo, no puede afirmarse la correcta actuación de la Administración Sanitaria en relación con la puesta a disposición del paciente de los medios necesarios para su diagnóstico y atención.

Así, en su informe de 14 de abril de 2010, el Dr. D.N. señala que *"A pesar de todo ello y como continuaba con molestias, nunca dolor agudo, se llamó a la ambulancia para su traslado al Hospital Insular para analítica de enzimas cardiacas y otras pruebas diagnósticas".*

Y continúa el informe: *"No se llamó a la medicalizada porque ésta ya lo había valorado y la sintomatología del paciente no había experimentado ningún cambio desde dicha valoración, incluso había mejorado levemente.*

Volvía a llamar a la ambulancia por segunda vez, llegando ésta al Centro de Salud cuando ya había fallecido el paciente, después de unas dos horas de la primera llamada telefónica.

El paciente sin síntomas previos de dolor agudo torácico ni disnea perdió la conciencia y entró en parada cardiorrespiratoria".

Este retraso en la llegada de la ambulancia, no medicalizada en el momento de las llamadas a las que alude el Dr. D.N., es uno de los ejes en los que se sustenta la reclamación de la interesada, pues se señala por ella que, de haber llegado la ambulancia en su momento, a lo que además añade que fuera medicalizada, la crisis que tuvo el ahora fallecido le hubiera dado en el Hospital, lugar donde hubiera sido tratado con todos los medios disponibles para intentar evitar el fatal desenlace.

Ahora bien, el informe aportado por el Servicio de Urgencias Canario, de 30 de diciembre de 2008, sólo hace constar dos llamadas con sus correspondientes servicios: la llamada desde el domicilio del finado a las 17:15 horas, llegando la ambulancia medicalizada a las 17:33 horas, y la llamada desde el Centro de Salud a aquella misma ambulancia medicalizada a las 19:42 horas, con diagnóstico de parada cardiorrespiratoria, llegando a las 19:56 horas.

Nos encontramos en el presente caso con una laguna de información. Si bien el Dr. D.N. afirma haber llamado dos veces a una ambulancia no medicalizada cuando el paciente estaba estable, pero continuando con molestias, para mejor control en el Hospital, realizándosele las pruebas diagnósticas para las que el Centro de Salud no disponía de medios, afirmando que aquella ambulancia tardó unas dos horas desde la primera llamada, en lo que coincide el testimonio de la esposa del fallecido que afirmaba asomarse continuamente a ver si llegaba la ambulancia. Sin embargo, la información remitida del SUC sólo refiere dos llamadas, ambas a ambulancias medicalizadas, una en el domicilio del paciente, y otra cuando ya estaba en parada cardiorrespiratoria.

Falta información acerca de las otras llamadas hechas (probablemente la segunda sea ya la de las 19:42 horas) según el Dr. D.N., entre la hora de llegada al Centro de Salud del paciente, y las 19:42 horas, momento de alerta por parada cardiorrespiratoria.

Sin esta información no puede determinarse la adecuación del funcionamiento del Servicio Sanitario, por lo que se debe requerir al Centro Coordinador de

Emergencia y Seguridad del Gobierno de Canarias la remisión del registro de llamadas recibidas el día 20 de octubre de 2002 entre las 17:00 y las 21:00 horas.

En resumen, procede que el Servicio Canario de Salud solicite, e incorpore al expediente, el informe de un cardiólogo sobre los aspectos que más arriba se señalan, así como la reproducción existente en su caso de la llamada efectuada al médico coordinador del SUC el día de los hechos, y el registro de llamadas telefónicas del Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad del Gobierno de Canarias.

Finalmente, habrá de ponerse la información recabada a disposición de la interesada, a fin de concederle nuevamente trámite de audiencia en relación con la nueva documentación aportada el expediente.

C O N C L U S I Ó N

No es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, pues con la información de la que se dispone no puede determinarse la existencia o no de responsabilidad patrimonial de la Administración, habiendo de retrotraerse el procedimiento a fin de recabar la información referida en el último apartado de este Dictamen y conceder nuevamente trámite de audiencia a la interesada, remitiendo la nueva Propuesta de Resolución que proceda a este Consejo para su preceptiva tramitación.