



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 2ª)

La Laguna, a 17 de octubre de 2012.

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. 455/2012 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 que ya había sido sometido a Dictamen de este Consejo, concluyéndose en Dictamen nº 574/2011, de 24 de octubre de 2011, la necesidad de retroacción del procedimiento. La actual solicitud de Dictamen, de 25 de julio de 2012, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 10 de septiembre de 2012.

Como ya se señaló en nuestro Dictamen anterior, 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.

* PONENTE: Sr. Fajardo Spínola.

II

1. Asimismo, 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 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, como también se indicara en nuestro Dictamen 574/2011, 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 el 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 2º de la Audiencia Provincial de Las Palmas en el rollo de apelación nº 337/2006, de fecha 11 de julio de 2007, notificación que se produjo el 4 de septiembre de 2007.

III

Reiterando el contenido de nuestro anterior Dictamen, 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, es el siguiente:

“(...) 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 cardíaco. (...).

(...) 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 30/92).

Constaban, 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 se 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.

En el expediente que se nos remite ahora, como consecuencia de la retroacción del procedimiento, se añaden las siguientes actuaciones:

1) Resolución de 28 de octubre de 2011, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, por la que se acuerda la retroacción del procedimiento. De ello recibe notificación la interesada el 18 de noviembre de 2011.

2) Solicitud de los informes señalados en el DCC 574/2011 por el Servicio de Inspección Y Prestaciones, de 10 de enero de 2012 y 7 de mayo de 2012.

Por tanto, se remiten en el expediente que se somete a nuevo Dictamen: informe de la Dirección Territorial del Servicio de Urgencias Canario, con RS de fecha 27 de febrero de 2012, de "*Trascripción literal y copia de las conversaciones mantenidas entre la reclamante y el Centro Coordinador, el día 20 de octubre de 2002, relacionadas con el objeto de la reclamación*", e informe del Dr. V.N.L., Jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil, de 23 de marzo de 2012.

3) A la vista de la nueva documentación aportada al expediente, el 1 de junio de 2012 se concede nuevo trámite de audiencia a la interesada, de lo que recibe notificación el 8 de junio de 2012.

Con fecha de 20 de junio de 2012, presenta la reclamante escrito de alegaciones en relación con los informes incorporados al expediente y aporta documentación.

4) El 16 de julio de 2012 se dicta nueva Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la reclamante, que se somete a Dictamen de este Consejo Consultivo.

V

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución objeto del DCC 574/2011, venía a desestimar la pretensión de la reclamante con fundamento en la documentación obrante en el expediente, argumentando, como se señaló en el citado DCC 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 cardíaca. 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 cardíaca 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 (obstante 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 cardíaca 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- 09-2002 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- 04-96 (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 cardíaca”.

2. Una vez recabada por la Administración la documentación requerida en nuestro Dictamen 574/2011, y realizado el preceptivo trámite de audiencia, se dicta nueva Propuesta de Resolución, el 16 de julio de 2012, en la que se concluye, nuevamente, la desestimación de la reclamación formulada, reiterando los argumentos expresados en la Propuesta de Resolución anterior, añadiendo el contenido de los nuevos datos aportados al expediente. Se concluye: *“Del examen de las actuaciones, en particular, de los informes del Servicio de Cardiología, obrantes en el expediente administrativo, los cuales no han sido desvirtuados por la parte reclamante, procede concluir que no se ha acreditado la necesaria relación causal entre la actividad sanitaria y el resultado lesivo que se alega”.*

3. Pues bien, como ha reiterado en numerosas ocasiones este Consejo Consultivo, no corresponde al interesado, sino a la Administración la acreditación de su correcta actuación, esto es, de su conformidad con la *lex artis*, por ser, para el particular, una prueba diabólica.

En el presente caso, de la información aportada al expediente, como consecuencia del requerimiento hecho por este Consejo Consultivo, se pueden extraer las siguientes datos:

El informe del jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil no responde a las concretas cuestiones que se plantean por este Consejo, pero, es concluyente en la información que emite, desde dos puntos de vista: por una parte, porque afirma que las pruebas documentales obrantes en el expediente *“tienen múltiples defectos de forma (fechas, horas o datos cuestionables)”*. Ello significa que en este sentido, la Administración no puede acreditar su correcta actuación, pues no dispone de base documental para hacerlo (cuánto menos la parte reclamante). Por otra parte, este mismo informe sí es explícito en relación con los siguientes datos, que constituyen antecedentes de la patología sufrida por el fallecido el fatídico día al que se refieren los hechos objeto de la reclamación, el 20 de octubre de 2002, y que debieron ser tomados en consideración en este día: *“3.- El análisis de los datos del 28/09/2002 son los*

siguientes: En el centro de Salud de Maspalomas, donde acudió por dolor torácico, es etiquetado de angina y remitido al Hospital Universitario Insular. En el Área de urgencias se le practica un ECG con ritmo sinusal patrón de bloqueo de rama derecha y sin evidencia de isquemia aguda y los marcadores cardíacos son negativos etiquetándose de dolor torácico inespecífico”.

Esta información debe ponerse en relación con la derivada del SUC, en informe emitido el 27 de febrero de 2012. En ésta se señala: *“17:15:33 horas: se recibe alerta en el CECOES 1-1-2 para la asistencia de R.B., por lo que es transferida al SUC. A tenor de la Información aportada por la persona alertante, se activa, a las 17:21:34, una Ambulancia de Soporte Vital Avanzado, clasificándose la situación del paciente como «dolor torácico con sospecha de Isquemia Coronaria» (DOCUMENTO 1). Una vez en el lugar, a las 17:33:22, el facultativo de la ASVA, tras la valoración del paciente y con los datos que éste le aportaba, decide su traslado al CS de Maspalomas con el diagnóstico de epigastralgia (DOCUMENTO 2), llegando a dicho Centro a las 18:05:33 horas, y finalizando el servicio a las 18:32:33 horas”.*

Consta, en el “documento 1” indicado por aquel informe, el “informe de incidente”, en el que se lee: *“Dolor torácico irradiado a brazo izquierdo. Sudoroso”.* Además se constata: *“sensación de desmayo”.*

Todo ello debió indicar la sospecha de isquemia coronaria, y, si bien este diagnóstico resulta compatible con el de epigastralgia, dados los antecedentes del paciente, debió haber sido remitido directamente al Hospital, donde se hubieran realizado las pruebas necesarias para descartar la patología que derivó su fallecimiento. Así se pretendió por el Dr. D.N., pero, dado que el diagnóstico del que se partía era epigastralgia, sin alerta de sus antecedentes, se optó por llamar a ambulancia de traslado.

Así queda resuelta la laguna informativa a la que se refirió este Consejo en el Dictamen 574/2011, por aclararse en el informe del SUC: *“Así, el día 20/10/10 se recibe -tal y como se habla señalado en el informe emitido por la Dirección Territorial del SUC LPA con fecha 30 de diciembre de 2008- llamada de alerta en el CECOES 112, a las 17:15, y a tenor de la información aportada por la persona alertante, se activa una Ambulancia de Soporte Vital Avanzado, clasificándose la situación del paciente como «dolor torácico con sospecha de Isquemia Coronaria», Una vez en el lugar, el facultativo de la Ambulancia, tras la*

valoración del paciente -cuyo informe ya se aportó en su momento y forma parte del propio informe del Consejo Consultivo- y con los datos que éste le aportaba, decide su traslado al CS de Maspalomas con el diagnóstico de epigastralgia.

Con posterioridad -y ello responde a la «laguna de información» que señala el C. Consultivo en su informe-, el Doctor F.D. realiza solicitud de ambulancia, petición que en el informe del Servicio de Urgencias Canario señalado en el párrafo anterior no quedó recogido: ello es porque no se realizó dicha solicitud al Servicio de Urgencias Canario, a través del 1-1-2, sino a la Mesa de Transporte Sanitario No Urgente (órgano de coordinación -dependiente también del SUC-, que gestiona las solicitudes del Transporte Sanitario No Urgente), a través la línea 902351111 o los números de abonados adscritos a fa misma. Dicho servicio se gestionó, transfiriéndose a la empresa prestataria del TSNU, con código 16099, a las 19:18 horas del día 20/10/02,

No se trata de que requiriese ambulancia no medicalizada (lo que nos condujo al error de pensar que se trataba entonces de una Ambulancias de Soporte Vital Básico), es que solicitó una ambulancia de traslado, esto es, DE TRANSPORTE NO URGENTE, Hay que señalar que dicha tipología de transporte está destinada, exclusivamente, al traslado de enfermos o accidentados cuya limitación invalidante, objetivada por el facultativo, requiera, por su severidad, el uso de camilla, pero cuyo estado no haga prever la necesidad de asistencia sanitaria en ruta. Dicho transporte se encuentra regulado por la Instrucción 7/98 del Director del Servicio Canario de la Salud, que establece -en su apartado cuarto, punto 4.1.2-, para este tipo de servicios no programados, un margen de demora en su realización de 30 a 180 minutos aproximadamente, ampliables solo para altas no prioritarias”.

Nos encontramos, pues, ante un supuesto en el que los datos existentes resultan, como señala el informe del Jefe del Servicio de Cardiología, insuficientes para acreditar una correcta actuación sanitaria, ya que “tienen múltiples defectos de forma (fechas, horas o datos cuestionables”. Siendo, los existentes, indicativos de que debió haberse sospechado la patología del paciente que derivaría en su muerte dados “algunos de sus síntomas”, sus antecedentes y la propia sospecha del médico coordinador del SUC. Esta sospecha debió implicar el destino del paciente desde un primer momento al Hospital Insular, para la realización de las pruebas necesarias, lo que no se hizo. Fue, precisamente, la afirmación del diagnóstico de epigastralgia sin diagnóstico diferencial de isquemia coronaria aguda lo que, posteriormente, además,

condujo a no solicitar ambulancia urgente, ni medicalizada, sino puramente de traslado, por lo que no puede hablarse de retraso en su llegada, ya que no fue demandada como urgente.

Por todo lo expuesto, cabe afirmar que no se ha acreditado un correcto funcionamiento de la Administración Sanitaria al ser privado de todas las oportunidades de curación, con o sin resultado satisfactorio. Y ello porque desde que se inició el proceso asistencial el paciente debió haber sido remitido, en la ambulancia que lo asistió en un primer momento, al Hospital, lo que hubiera permitido realizarle las pruebas que, o bien descartaran la patología que finalmente padecía, o bien se le diagnosticara, lo que, si bien nunca sabremos si hubiera conducido a su curación, sí permitiría afirmar que el paciente no fue privado de todos los medios asistenciales a su alcance.

Dada la existencia de responsabilidad de la Administración, la reclamante ha de ser indemnizada en la cantidad reclamada.

C O N C L U S I Ó N

No es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución, pues de la documentación obrante en el expediente, tanto la ya existente, como la incorporada posteriormente, se concluye la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que ha de estimarse la pretensión de la reclamante.