

Dictamen n°: **236/18**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **24.05.18**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 24 de mayo de 2018, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Dña. sobre indemnización de los daños y perjuicios relacionados con el retraso en el diagnóstico del deslizamiento de una banda gástrica.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 5 de agosto de 2015 se presentó en el Registro de la Consejería de Sanidad, solicitud firmada por una letrada del ICAV en nombre de persona identificada en el encabezamiento del dictamen en la que se refería que, en el año 2012, se le había diagnosticado obesidad severa con comorbilidades asociadas, Síndrome de Apnea del Sueño en tratamiento y baja autoestima, motivo que le llevó a asistir a una clínica privada especializada en el tratamiento de la obesidad. Sería así como se le implantaría una banda gástrica en febrero de 2012.

En cuanto a la evolución posterior, que fue objeto de seguimiento en el centro que se había encargado del tratamiento por un facultativo que se deja identificado, la reclamación destaca que, de una manera

progresiva, y especialmente tras el primer año, empeoró la tolerancia con vómitos, gran dificultad para comer, seguido de un cuadro de hematemesis a principios de 2014, que determinó la decisión de desajustarle la banda gástrica. Tras ello, la actual reclamante volvió a ganar peso, por lo que fue necesario realizar un nuevo ajuste que provocó intolerancia incluso a los líquidos, nuevas hematemesis e incluso la obstrucción de la banda en fecha que no detalla la reclamación.

Dentro de ese capítulo de complicaciones, sigue relatando la reclamación que, en un momento dado, se advirtió por el personal de la clínica que asistía a la paciente que la banda estaba atascada, razón por la cual se le prescribió la ingesta de medicación y de un jarabe, que, según le expresaron, le haría mejorar progresivamente. Sin embargo, la situación siguió empeorando, por lo que contactó telefónicamente con el centro privado, siendo así que su directora, ante la ausencia de médicos que le pudieran atender, remitió a la paciente al Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HUGM), donde trabajaba como cirujano el médico ya designado que había seguido la evolución de la paciente en la clínica privada, ya que tanto este como su equipo eran conocedores del funcionamiento de la banda gástrica y de sus posibles complicaciones.

Fue así como el 28 de julio de 2014, la actualmente reclamante comparecería en el referido centro hospitalario, en el que, tras la realización de pruebas consistentes en analítica, radiografía abdominal y TAC en la misma zona, se le diagnosticó insuficiencia renal aguda prerrenal, hipernatremia e intolerancia oral. Tras un día de estancia en la que se procedió al deshinchado de la banda extrayendo 8 cm de suero de esta, fue dada de alta al día siguiente por el Servicio de Cirugía del hospital por mejoría analítica

A juicio de la reclamación, ese alta se dio sin que se hubiera logrado la resolución del cuadro de insuficiencia renal aguda que presentaba la paciente, mediando en él un claro error en el diagnóstico por parte del radiólogo al interpretar las pruebas radiológicas, puesto que tanto el TAC como la radiografía abdominales mostraban que la banda se encontraba desplazada y el estómago en forma de reloj de arena.

La reclamación resalta que, tras el alta hospitalaria, la situación de la paciente fue de debilidad extrema, continuando con la intolerancia, vómitos de sólidos y líquidos y empeoramiento progresivo del estado general con sensación de muerte inminente e hipotensión. De hecho, el día 1 de agosto de 2014 su familia decidió trasladarla al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA), en el que se le diagnosticó una intolerancia completa alimentaria, procediendo a la instauración de nutrición parental total, colocación de una sonda nasogástrica para descomprimir el estómago proximal a la obstrucción e hidratación para tratar la insuficiencia renal aguda. Asimismo, durante el ingreso se realizó un estudio radiológico (TEGD y TAC) que puso de manifiesto la existencia de una deslizamiento o Slippage del estómago, volvulado sobre la Banda Gástrica Ajustable y ausencia completa de paso de contraste por la zona gástrica estenosada, siendo intervenida la paciente el 14 de agosto de 2014 con vistas a la retirada de la banda gástrica por vía laparoscópica.

La reclamación incide en que las pruebas que fueron practicadas a la paciente en el HUGM, había deparado resultados similares a aquellas que habían permitido diagnosticar días más tarde la verdadera dolencia que aquejaba a la paciente. En particular, destaca que, en un informe de fecha 10 de diciembre de 2014 que decía adjuntar a la reclamación, se hacía constar que la mala situación/colocación de la banda gástrica había constituido el factor responsable de la intolerancia alimentaria que había aquejado a la actual reclamante.

La reclamación considera que, el dar de alta a la paciente en el HUGM supuso un empeoramiento de las complicaciones que estaba sufriendo como portadora de banda gástrica, que se ha manifestado en innegables daños físicos que se concretan en el periodo de incapacidad que va desde el 29 de julio de 2014, en que fue dada de alta en dicho centro hospitalario, y el 14 de agosto fecha en que se produjo la intervención quirúrgica. De ellos, los dos días siguientes al alta (30 y 31 de julio) serían impeditivos y los trece restantes de carácter hospitalario.

Deduce de ello la necesidad de indemnizarle en 1.050,74 euros, a las que habría que sumar otros 15.000 en concepto de daños morales por el trastorno y sufrimiento del equilibrio emocional padecidos al producirse un empeoramiento de su estado físico y la incertidumbre, ansiedad y zozobra sobre el estado de salud que se iba agravando en la creencia de que se encontraba estabilizada.

Concluía su escrito solicitando, además de la práctica de prueba documental a efectos de la toma en consideración del historial clínico y de la totalidad de pruebas diagnósticas efectuadas a la reclamante en el HPA, la declaración testifical de una persona que identificaba por su nombre, apellidos y datos de contacto sin concretar la relación que presentaba con los hechos objeto de la pretensión indemnizatoria.

Acompañaba al escrito copia de un poder general para pleitos expedido por la reclamante a favor, entre otros, de la abogada que presentaba en su nombre la reclamación, así como dos documentos correspondientes al proceso asistencial.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

El 28 de julio de 2014, la actualmente reclamante, de 49 años de edad, acudió al Servicio de Urgencias del HUGM por vómitos, e

intolerancia oral de cinco días de evolución. En dicho servicio (Cirugía General Urgencias), se le realizó una exploración física que mostró abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación; analítica; radiografía abdominal que permitió apreciar banda gástrica proyectada en hipocondrio izquierdo, y, en cuanto al TAC abdominal, se anotó en el informe correspondiente:

“No se identifica líquido libre ni alteraciones en la grasa intraabdominal, que sugieran la presencia de proceso inflamatorio agudo. Banda gástrica correctamente situada. Lesión quística en anejo izquierdo con pared bien definida aparentemente sin septos ni polos sólidos y de 7 cm de diámetro, a valorar clínicamente desde el punto de vista ginecológico y con ecografía transvaginal”.

En el informe de Radiología se hizo constar como conclusión: *“banda gástrica normoposicionada sin datos de complicaciones. Quiste anexial izquierdo a estudiar de forma protocolizada”.*

En el informe de alta, que le fue dada al día siguiente, 29 de julio, en el apartado de *“juicio clínico”* se establecía el diagnóstico de insuficiencia renal aguda prerrenal, hipernatremia e intolerancia oral en paciente con banda gástrica ajustable. Asimismo, se reflejaba que la paciente había tenido una buena evolución durante el día de dación del alta, tolerando bien la dieta, no presentando vómitos y con descenso de leucocitos en la analítica, razón por la que se le mandaba a su domicilio debiendo observar vigilancia con la indicación de volver a Urgencias en caso de empeoramiento y de solicitar cita preferente en Cirugía General III con el mismo doctor que, según la reclamación, había seguido su evolución en la clínica privada.

El informe de alta en Urgencias era firmado por una médica de Cirugía General.

Ya el 1 de agosto de 2014, la actual reclamante acudió a Urgencias del HUPA por una intolerancia completa alimentaria, anotándose en los antecedentes que, por razón de una obesidad mórbida, le había sido implantada una banda gástrica ajustable en la sanidad privada hacía tres años.

La exploración física mostró un abdomen distendido y la cicatriz de laparoscopia en buen estado. Como pruebas complementarias, se realizaron un TAC abdominal informado como *“estómago en reloj de arena volvulado sobre la banda gástrica”*, y, en cuanto al tránsito esofagogastroduodenal, se anotó *“ausencia completa de paso de contraste por la zona gástrica estenosada”*.

Tras la instauración de nutrición parenteral total y la realización de un estudio preoperatorio, el 14 de agosto de 2014 se procedió a la retirada laparoscópica de banda gástrica ajustable, consistiendo la intervención quirúrgica consistente en trocar óptico de 12 mm, 10 mm (1), 5 mm (3), liberación de adherencias, disección de la banda gástrica y retirada de la misma, comprobación con endoscopia intraoperatoria de la integridad de la pared gástrica y cierre según técnica habitual.

Tras una evolución clínica satisfactoria, fue dada de alta el 18 de agosto con una evolución clínica satisfactoria y la indicación de acudir a consulta de Alergia para estudio de alergia al látex.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Constituyen aspectos a destacar de su tramitación, los siguientes:

Por oficio de 11 de agosto de 2015, de la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial y Actuaciones Administrativas del SERMAS, se puso en conocimiento del reclamante el plazo para la

resolución del procedimiento y el sentido de un posible silencio administrativo.

A continuación, se incorporaron al expediente administrativo las historias clínicas relativas a las asistencias prestadas al paciente reclamante en el HUGM y en el HUPA.

Se ha recabado informe del Servicio de Cirugía General III del HUGM, que ha sido emitido por el médico adjunto de dicho servicio con fecha 31 de agosto de 2015.

“La paciente [reclamante] acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón el 28/07/2014 con un cuadro de deshidratación e insuficiencia renal aguda prerrenal por intolerancia alimentaria secundaria, con alta sospecha de que existiera alguna complicación de la banda gástrica ajustable de la que era portadora. Revisando la historia de la asistencia en Urgencias, se procedió de manera adecuada y se hicieron las pruebas que suelen hacerse para descartar una isquemia gástrica aguda.

La banda gástrica ajustable es una técnica quirúrgica aceptada por la FDA para pacientes con IMC>30 y con comorbilidades asociadas. Los principales inconvenientes de la técnica son: riesgos de impactaciones alimentarias, los problemas con el reservorio subcutáneo, el deslizamiento de la banda, la inclusión y la necrosis gástrica, como complicación más grave.

La impactación alimentaria es la complicación más frecuente. Cursa con intolerancia alimentaria y gastritis aguda motivada por los vómitos que obligan a abrir la banda y dejar con dieta blanda 2 semanas.

El deslizamiento es una complicación frecuente (5-10%) y que no siempre necesita tratamiento quirúrgico urgente (5%). El sufrimiento mucoso y los vómitos repetidos pueden dar lugar a episodios de sangrado digestivos, bien altos o de la mucosa gástrica inflamada. Dependiendo del grado de deslizamiento y del sufrimiento gástrico, caben tres posibilidades de tratamiento: descompresión gástrica, reposo digestivo y omeprazol, recolocación de la banda de manera diferida y la retirada urgente de la misma. En todas ellas, la primera medida es la descompresión y la rehidratación del paciente para recuperar el cuadro de hipernatremia y la insuficiencia renal prerenal que suelen traer. Si hay mejoría del dolor, se puede optar por diferir cualquier otro procedimiento hasta que los tejidos gástricos mejoren. Si hay dolor o datos de sufrimiento de la pared gástrica en las pruebas de imagen, hay que operar sin dilaciones.

Revisando los datos de la historia clínica de nuestro caso, la paciente tenía datos de deslizamiento de largo tiempo de evolución aunque con un episodio de reagudización. La Rx tiene signos indirectos de deslizamiento, aunque hay que ser experto en el seguimiento de una banda para detectarlo. Se procedió a la reposición hidroelectrolítica y a la descompresión de la pared gástrica deshinchando la banda. La paciente mejora del dolor y, por persistencia de una leucocitosis de 24000, se decide TAC abdominal que descarte complicaciones graves. En el TAC, no se ve sufrimiento de la pared del estómago. Se observa un reservorio gástrico por encima de la banda pero es difícil diferenciar si es un deslizamiento o una dilatación crónica. Lo más importante es descartar la ausencia de vascularización de la pared gástrica. En ese momento, con la mejoría clínica y la buena vascularización del estómago, se decide un tratamiento conservador y se remite a mi consulta para valorar recolocación diferida o retirada y reconversión en otra técnica.

La paciente volvió a la Urgencia del hospital Príncipe de Asturias por recidiva de la clínica. Allí tomaron las mismas medidas de tratamiento conservador y renutrición durante 2 semanas antes de la intervención quirúrgica, la que excluye un sufrimiento gástrico con riesgo de perforación. La actitud de dicho centro es la misma que tomarnos nosotros en casos parecidos. Si recidiva la clínica, decidimos cirugía inmediata o renutrición, sonda nasogástrica y retirada de la banda en mejores condiciones clínicas. (...)

Hoy en día, la banda gástrica ajustable es una técnica con tendencia al desuso por su alta morbilidad, siendo desplazada por la gastrectomía tubular”.

Con posterioridad se incorporó el posterior informe de la Inspección Sanitaria, de 15 de octubre de 2015, en el que concluye que la atención médica dispensada a la paciente reclamante “no fue incorrecta en ninguno de sus apartados”.

«(La paciente reclamante) acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" el 29-7-14 por un cuadro de deshidratación e insuficiencia renal prerrenal por intolerancia alimentaria secundaria, con sospecha de que existiera alguna complicación en la banda gástrica ajustable de la que era portadora. La primera medida es la rehidratación de la paciente para recuperar el cuadro de hipernatremia y la insuficiencia renal, tal como se hizo con reposición hidroelectrolítica y después la descompresión de la pared gástrica deshinchando la banda. Tal como manifiesta el (médico adjunto de Cirugía General del HUGM) en su respuesta a la reclamación: la historia clínica anterior (no disponible en el centro sanitario por ser del sector privado), tenía datos de deslizamiento de largo tiempo de evolución aunque con un episodio de reagudización; la radiología realizada ese día, tiene signos indirectos de

deslizamiento solo detectable por expertos en seguimiento de una banda. Al persistir la leucocitosis en la analítica, se decide solicitar TAC abdominal y poder descartar complicaciones graves, en este caso se observa un reservorio gástrico por encima de la banda pero es difícil diferenciar si es un deslizamiento o una dilatación crónica, pero sobre todo y lo más importante es descartar la ausencia de vascularización en la pared del estómago. Por lo tanto a la vista de la situación de mejoría clínica y la buena vascularización de la pared gástrica, se decide alta y tratamiento conservador domiciliario para posterior valoración quirúrgica. Tras la persistencia del cuadro los dos días posteriores, al acudir al Hospital "Príncipe de Asturias" se actúa de manera contundente con renutrición durante dos semanas y retirada de la banda.

El reproche realizado por la falta de tratamiento en el primer centro es difícilmente sostenible, pues la insuficiencia renal mejoró analíticamente antes del alta y la imagen de "estómago en reloj de arena" no existía, pues de ser así, no se hubiera procedido al alta».

Finalmente, figura unido al procedimiento un informe de una sociedad dedicada a la peritación médica, identificado en el índice como "informe pericial del seguro", en el cual se sientan las siguientes conclusiones:

"1º.- (La paciente reclamante) con antecedente de cirugía bariátrica mediante colocación de banda gástrica en 2012 con difícil ajuste postoperatorio, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón el día 28 de julio de 2014 por intolerancia total a la ingesta. Allí se apreció insuficiencia renal prerrenal y se observó en TAC banda normoposicionada sin complicaciones por lo que, tras rehidratación y ajuste de la banda fue dada de alta al día siguiente en situación de tolerancia a la ingesta.

2º.- El día 1 de agosto acudió al Hospital Príncipe de Asturias donde quedó por intolerancia absoluta a la ingesta, diagnosticándose de vólvulo gástrico por desplazamiento de la banda que fue retirada mediante laparoscopia el día 14 de agosto. Tras postoperatorio sin incidencias fue dada de alta el día 18 de agosto de 2014.

3º.- No se reconoce relación causal entre la asistencia dispensada a la paciente en el Hospital Gregorio Marañón y el daño por el que se reclama.

4º.- La valoración del perjuicio derivado del tratamiento corresponde a un periodo de incapacidad temporal de cuatro días, dos de ellos de estancia hospitalaria y los otros dos improductivos.

5º.- Procede aplicar un factor de corrección del 10% por perjuicio económico sin justificación de ingresos”.

El informe de referencia se acompañaba de un anexo que incluía la cuantificación económica del perjuicio causado a la reclamante, que se venía a estimar en la incapacidad temporal consistente en dos días de estancia hospitalaria ($2 \times 71,84 = 143,68\text{€}$) y dos días de baja improductiva ($2 \times 58,41 = 116,82\text{€}$). La indemnización se elevaría así a los 260,50€ más el 10% por factor de corrección.

Mediante Acuerdo del viceconsejero de Sanidad de 10 de septiembre de 2015, se acordó admitir la prueba documental propuesta por la interesada y, en cuanto a la testifical, denegarla al considerarse por su parte que el procedimiento administrativo es eminentemente escrito y la prueba de referencia podría ser presentada en esa misma forma.

Instruido el procedimiento, se ha otorgado el trámite de audiencia a la reclamante, que, mediante escrito de alegaciones de 29 de diciembre de 2017, incidió en la tesis sustentada en el escrito de reclamación.

Finalizado el trámite de audiencia, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución de 20 de marzo de 2018 en el sentido de estimar parcialmente la reclamación patrimonial en un importe de 286,55 euros al considerar que, en la asistencia de la paciente a Urgencias del HUGM de 28 de julio de 2014 y conforme a lo indicado por el propio servicio implicado en su informe, presentaba signos indirectos de desplazamiento de banda, por lo que no se le debía haber dado el alta al día siguiente.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, que ha tenido entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el 16 de abril siendo registrada con el nº 174/18, al letrado vocal D. Tomás Navalpotro Ballesteros que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 24 de mayo de 2018.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la

Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP). Así se deduce del hecho de haberse iniciado con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

La reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial, al ser la persona directamente afectada por la asistencia sanitaria pretendidamente deficiente. Ha comparecido en el procedimiento por medio de una abogada, cuyo poder de representación ha sido acreditada mediante poder notarial conforme a lo previsto en el artículo 32.3 de la LRJ-PAC.

En cuanto a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, titular del servicio sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen y según exige el artículo 10.1 del RPRP, se ha recabado informe del responsable del Servicio de Cirugía General del HUGM, al que haremos referencia posteriormente. Asimismo, se ha incorporado al expediente administrativo un informe de la Inspección Médica sobre los hechos que motivan la reclamación, así

como la historia clínica de la atención sanitaria prestada al reclamante en los dos hospitales anteriormente referidos.

Instruido el procedimiento, se ha otorgado al reclamante el trámite de audiencia previsto en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP y se ha elaborado la propuesta de resolución.

Debe resaltarse que, mediante acuerdo *ad hoc*, se ha rechazado la prueba testifical propuesta por la interesada en su escrito de reclamación. Esta Comisión Jurídica Asesora discrepa de la motivación dada para denegar la prueba, puesto que el carácter predominantemente escrito del procedimiento de responsabilidad patrimonial no impide de por sí la práctica de una prueba testifical que sea pertinente y pueda conducir al debido esclarecimiento de los hechos, con independencia de que su procedencia sea excepcional en la responsabilidad patrimonial de tipo sanitario, mas no en otros ámbitos. No obstante, en el caso sujeto a dictamen, resulta que la reclamante ha propuesto la toma de declaración de un testigo sin mencionar su relación con los hechos ni la trascendencia que pudiera tener su declaración con vistas a la probanza de los hechos que sustentan la posible condena patrimonial de la Administración. Ello, unido a que entre Administración y reclamante no existe una discrepancia esencial en cuanto a los hechos sino tan solo una controversia sobre el origen de las dolencias de la reclamante, y que los datos que han de servir de sustento para la resolución aparecen adecuadamente reflejados en el historial clínico aportado al expediente administrativo, nos permiten concluir, aunque con fundamento distinto, la inutilidad de la prueba propuesta por la interesada.

Por otra parte, según hemos anticipado, el informe del servicio relacionado con los hechos por los que se imputa la reclamación ha sido realizado por un profesional del Servicio de Cirugía General del HUGM, lo cual resulta insatisfactorio por dos razones. La primera reside en que, propiamente, la imputación de mala praxis se dirige contra el Servicio de

Urgencias, cuyo informe debería constar en el procedimiento sin perjuicio de que, a mayor garantía, se pueda entender necesario o conveniente que figuren también los de alguno de los servicios que cuyos profesionales pudieran haber examinado a la paciente durante su estancia en Urgencias. En segundo lugar, debe repararse en que el profesional que firma el informe del Servicio de Cirugía General, que constituye la base sobre la que monta la estimación parcial de la reclamación en la propuesta de resolución, es el mismo que, según la reclamante, le venía tratando en la clínica privada en la que le había sido implantada la banda gástrica y por cuya presencia en el HUGM se le recomendó desde aquella que acudiría a dicho hospital. Esto debería haber motivado su abstención en el procedimiento a tenor de lo dispuesto en el artículo 28 de la LRJ-PAC, en su apartado e) aplicable al caso analizado, referido a la prestación de servicios profesionales de cualquier tipo y en cualquier circunstancia y lugar en los dos últimos años. Para preservar la integridad en la tramitación del procedimiento esta referencia temporal debe predicarse desde la fecha de los hechos a los que se refiere la reclamación (esto es, que no le hubiera prestado servicios durante los dos años anteriores) y no desde la fecha de evacuación del informe.

Lo anterior obliga a retrotraer el procedimiento para requerir informe del Servicio de Urgencias del HUGM, sin perjuicio de que pueda considerarse necesario añadir otros informes suscritos por profesionales en los que no concurra causa de abstención, y a repetir los trámites del procedimiento posteriores, en particular los de informe de la Inspección Sanitaria, audiencia y de propuesta de resolución.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento a efectos de que se solicite informe al Servicio de Urgencias del HUGM y se repitan los trámites del procedimiento posteriores al mismo.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 24 de mayo de 2018

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 236/18

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid