

Dictamen n.º: **375/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **20.06.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 20 de junio de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ...., Dña. ...., menor de edad, D. .... y Dña. ...., (en adelante, “*los reclamantes*”), siendo la madre, el hermano, la hija y la abuela de la paciente Dña. ...., atribuyendo el fallecimiento de esta última en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al retraso en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad cardiaca.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 14 de octubre de 2022, en el registro telemático del SERMAS, las personas arriba indicadas, actuando representadas por un abogado, formularon una reclamación de responsabilidad patrimonial por ciertos daños y perjuicios, en cuantía que no concretan, que atribuyen al retraso en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad cardiaca en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Comienza la reclamación exponiendo que, la paciente, falleció a los 27 años de edad, estando ingresada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

A continuación, se detalla que, la afectada tenía antecedentes de consumo de cannabis y estimulantes, entre los 20 y 25 años, así como importantes episodios previos de fallos cardíacos y cardiorrespiratorios que, en ocasiones, obligaban a su ingreso, además de padecer diabetes tipo 1 y dislipemia.

En los últimos 20 días de su vida acudió hasta en tres ocasiones al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, siendo ingresada en todas ellas. En ninguna de esas asistencias fue visitada por un cardiólogo, lo que resulta sorprendente para los reclamantes, a la vista de sus antecedentes cardíacos y, además, padeciendo una arritmia, que se consideraba estable.

Afirman los reclamantes que, en esas asistencias, se limitaron a comprobar que el índice glucémico estuviera controlado y en cuanto a los vómitos, consideraron que era ella misma quien se los provocaba.

Explican que, finalmente, el 13 de octubre de 2021, cuando llevaba un año sufriendo esos vómitos, sin diagnóstico alguno y sin la realización de pruebas diagnósticas, fue ingresada de nuevo en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón con malestar general y, nuevamente, vómitos. En ese caso tampoco se le realizaron pruebas cardíacas, ni se logró un diagnóstico y, tan sólo se le realizó un análisis de sangre y fue visitada por la psiquiatra de guardia, aunque no por un cardiólogo, a pesar de sus antecedentes.

El día siguiente, 14 de octubre de 2021, aun estando en Urgencias, en un área de observación, cuya efectiva vigilancia cuestionan los reclamantes, a las 5.30 horas, sufrió una parada cardiorrespiratoria y falleció.

La autopsia que le fue practicada estableció que, la causa de la muerte fue una arritmia cardíaca. Se indica, además, que se constató la evidencia de signos antiguos de patología cardíaca y otros de patología cardíaca reciente.

Consideran los reclamantes que, los servicios médicos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, achacaron el origen de sus males a un déficit psiquiátrico y, en consecuencia, priorizaron que la atendiera un psiquiatra e hicieron caso omiso a la arritmia que “supuestamente” mantenía estable, y que posteriormente la autopsia ha acreditado que fue la verdadera causante de la parada cardíaca que le ocasionó la muerte.

Afirman los reclamantes que, a la vista de los resultados de la autopsia, medió un error médico y el retraso en el diagnóstico de la paciente que propicio su fallecimiento, al no emplear para evitarlo los medios de que se disponía en el hospital para determinar la causa de su evidente malestar.

Se adjunta diversa documentación médica sobre las asistencias dispensadas, destacando el informe de alta por *exitus* del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y el posterior informe de autopsia provisional, practicada a solicitud del Juzgado de Instrucción nº 11, de Madrid. Además, en materia probatoria, los reclamantes solicitan la adición de la historia clínica de la paciente y anuncian una prueba pericial médica, señalando que se estaba preparando y se emitiría cuando se dispusiera de la totalidad de los datos de la historia médica.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

La paciente, de 27 años en la fecha de los hechos principales, presentaba diversas enfermedades previas, constando en la historia clínica documentadas: hipercolesterolemia; hipotiroidismo; diabetes mellitus tipo 1; polineuropatía diabética; retinopatía diabética; taquicardia sinusal inapropiada, con referencia de 4 episodios consecutivos de parada cardiorrespiratoria en 2017, con primer ritmo de fibrilación ventricular, que precisaron de hasta 8 desfibrilaciones, según referencia de la propia enferma, pues no se encuentran documentadas por el SERMAS, habiendo sido la paciente tratada en Cataluña.

También presentaba la paciente trastorno de la personalidad cluster B y, consta anotado en su historia clínica el consumo de tóxicos y el tabaquismo activo.

El tratamiento habitual que tenía pautado, por todas sus patologías era de: Lyrica 150 mg, Largactil gotas 40 mg/ml, Zolpidem 10 mg, trazodona 100 mg, omeprazol 20 mg, insulina Toujeo 300 UI/ml, insulina Novorapid 100 UI/ml, Procorolan 7,5 mg, Bisoprolol 2,5 mg, Simvastatina 20 mg, lormetazepam 1 mg y Eutirox 50 mcg.

La paciente había acudido a las Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, por similares cuadros de ansiedad y vómitos autoprovocados, en fechas de 17 de junio, 21 de junio, 10 de julio, 13 de septiembre, 19 de octubre, 23 de noviembre y 2 de diciembre de 2020 y, durante el 2021, los días 8 de marzo, 13 de julio, 3 de agosto, 25 de agosto, 8 de septiembre, 30 de septiembre y 13 de octubre.

Se reproducen, a continuación, los hitos principales de tales asistencias:

- En la asistencia del 21 de junio de 2020, se interesó valoración para ajuste glucémico y por los antecedentes cardiológicos referidos

por la paciente, que databan del 2017, en Barcelona, cuando presentó episodios de parada cardiorrespiratoria, sin saber bien precisar la causa, aunque sí comentó que tenía la glucemia muy alta en esas ocasiones.

Se le realizó un electrocardiograma que constató un ritmo sinusal a unos 70 latidos/minuto, intervalo PR (intervalo de despolarización auricular y despolarización ventricular) normal, QRS (despolarización ventricular) estrecho y sin observar alteraciones en la repolarización.

En dicha ocasión se anotó: “*Comentario y plan: por nuestra parte, a pesar de antecedente cardiológico referido, no precisa de mayor seguimiento (el antecedente de taquicardia sinusal inapropiada no precisa de mayor relevancia, en el contexto actual) ...Por mi parte cierro interconsulta*”.

-Un año después, en consulta de Cardiología de fecha 21 de junio de 2021, se anotó que: “*...Durante su ingreso en Psiquiatría fue valorada por Medicina Interna y se describe un ECG en ritmo sinusal con trazados normales...*”. En cuanto al resumen de las pruebas complementarias efectuadas en esa asistencia, destacamos un ecocardiograma transtorácico, cuyos resultados fueron: “*ventrículo izquierdo no dilatado, con espesores parietales normales. Función sistólica global normal (FEVI 68%), sin alteraciones de la contracción segmentaria. Patrón de llenado transmitral normal. Aurícula izquierda no dilatada. Aurícula derecha no dilatada. Ventrículo derecho no dilatado, con función sistólica global normal. Válvula mitral morfológica y funcionalmente normal. Válvula aórtica morfológica y funcionalmente normal. Válvula tricúspide morfológicamente normal. Insuficiencia ligera. Presión sistólica de arteria pulmonar estimada en 21 mmHg. Vena cava inferior no dilatada con colapso inspiratorio fisiológico. Derrame pericárdico mínimo de localización posterior. Raíz aórtica no dilatada. Aorta ascendente 23 mm. Aortá torácica sin gradientes patológicos.*

*DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Ausencia de cardiopatía estructural.*

*TRATAMIENTO: ...No precisa revisión en Cardiología, salvo que en el futuro su médico lo estime conveniente..."*

-El día 3 de agosto de 2021, en Urgencias, se recogieron los datos de otro ecocardiograma: "...ECG: ritmo sinusal a 100 latidos/minuto, PR normal, QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización".

-En la asistencia en las Urgencias del día 2 de octubre de 2021, se anotó: "...Diagnóstico principal: crisis de ansiedad resuelta".

-En cuanto a la asistencia en Urgencias del día 13 de octubre de 2021, acudió en torno a las 20:53 h, encontrándose en un estado de agitación y sin colaborar con el personal sanitario. Se reflejó que acudía a Urgencias por cuadro de vómitos desde esa mañana, refiriendo mal estado general y que, por eso se llevaba provocando los vómitos durante todo el día. Refirió, además, que presentaba dolor torácico tras los vómitos. No se visualizó contenido hemático en los vómitos.

Fue valorada por Psiquiatría, que indicó pasar al Área de Observación. En esa asistencia se recogen los antecedentes relatados por la paciente, señalando: «Antecedentes personales psiquiátricos: En seguimiento en centro de salud mental de Vicálvaro con diagnóstico de TLP (trastorno límite de personalidad) y trastorno por consumo de cannabis. Antecedentes de varias visitas a Urgencias por vómitos, última atención 2 de octubre...

*Enfermedades previas: Ingresada en psiquiatría del 17 al 21 de junio de 2020. Al parecer la paciente había acudido en varias ocasiones a la Urgencia por vómitos que le ocasionaron cetoacidosis. La paciente refiere que cuando está nerviosa vomita, a veces de forma autoinducida con relación a la angustia. Esto le viene pasando desde que vino a*

*Madrid hace un año, con la intención de abandonar los consumos. Desde entonces ha estado viviendo inicialmente con su padre y desde hace unos meses con su madre e hija.*

*Describe consumos de cannabis desde la adolescencia que sólo abandona cuando comenzó a consumir estimulantes. Consumo diario desde los 20 años, hasta que se vino a Madrid, desde entonces dice no consumir. El único periodo abstinentemente coincide con un ingreso de 21 días de desintoxicación, con recaída temprana. Refiere que, en 2017, en Barcelona, presentó episodios de parada cardiorrespiratoria, sin saber bien precisar la causa, aunque sí comenta que tenía la "glucemia muy alta". Se decidió por todo ello el control de la ansiedad y la agitación con medicación intramuscular y aplicar contención mecánica de 5 puntos, de acuerdo a protocolo, para poder mantener la vigilancia clínica y completar el estudio y así poder descartar algún cuadro orgánico o de intoxicación subyacente.*

Se anotó que la paciente estaba asintomática, desde el punto de vista orgánico. En la exploración física se constató una presión arterial sistólica (mmHg) de 140.0 y presión arterial diastólica (mmHg) de 95.0, frecuencia cardiaca de 90 latidos/minuto y BMT preprandial- control glucémico- de 85mg/dl. El ecocardiograma evidenció un ritmo sinusal a unos 70lpm, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización.

Se le realizó un análisis de sangre, que arrojó datos de normalidad y no se objetivó alteración del pH, que hiciera suponer complicación metabólica grave, dados los antecedentes referidos por la paciente, constatando: "...gasometría venosa: pH 7,39... sodio sangre venosa 132, potasio sangre venosa 3,5".

En el Área de Observación Clínica, con vigilancia continua por personal de Enfermería, se procedió a pautar la medicación indicada y

se le aplicó contención mecánica a las 2:30h, en tanto hacia efecto la medicación. La paciente fue atendida y vigilada en un Área de Observación, bajo la supervisión directa de un enfermero y de un auxiliar de enfermería, que avisarían al médico responsable ante cualquier cambio significativo, si bien por la fecha de la atención y dado el contexto epidemiológico, estaba prohibido el acompañamiento de la paciente por sus familiares.

Las anotaciones de los evolutivos de Enfermería recogieron el devenir posterior de la paciente, en los siguientes términos:

*“Paciente que llega a Unidad de Observación muy agitada, provocándose vómitos, no colaboradora y con intenciones de fuga.*

*Administramos media ampolla de Haloperidol a las 00:00, nivel de agitación alta, administro posteriormente a las 00:18 una ampolla de Valium, no resultando efectivas...Intenta salir de la unidad y sigue provocándose el vómito, intenta autolesionarse mordiéndose la lengua.*

*...Administro media ampolla de Haloperidol a las 02:30, y una ampolla de Valium 15 minutos después. Realizamos contención mecánica ante el nivel de agitación y autolesión de la paciente.*

*A las 05:30 no reacción a estímulos, no tiene pulso, comenzamos maniobras de Reanimación cardiopulmonar, se monitoriza, se avisan a médicos adjuntos y UVI. Se canalizan 3 vías periféricas, se administra bicarbonato 1 molar, 9 mg de adrenalina y 2 ampollas de gluconato cálcico. Se intuba con tubo de 7,5, se intenta canalizar vía central arterial sin éxito.*

*Tras 1 hora de reanimación se desestima seguir con reanimación. Exitus 06:20 hrs”.*

La paciente falleció tras 50 minutos de maniobras de recuperación cardiopulmonar y como diagnóstico principal, se estableció: “*Parada cardiorrespiratoria de causa incierta*”.

Dado lo súbito del fallecimiento se realizó autopsia judicial.

Las conclusiones emitidas en el informe de la autopsia, efectuada a cargo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, fueron:

“...*EXAMEN INTERNO: ...El examen de la cara anterior cardiaca pone de manifiesto la existencia de signos antiguos de patología cardiaca con ‘atigramiento’ de la superficie ventricular, hundimiento de ventrículo derecho. Las coronarias no se muestran disminuidas en su luz vascular. Al corte ventricular, se aprecian signos de patología reciente, con cambios significativos en la coloración que afecta al ventrículo izquierdo...*

#### **CONCLUSIONES PROVISIONALES:**

*1<sup>a</sup>.- Que se trataría de una muerte natural.*

*2<sup>a</sup>.- Que la causa fundamental es una arritmia cardiaca.*

*3<sup>a</sup>.- que la causa inmediata de la muerte ha sido un shock cardiogénico con parada cardiopulmonar.*

*4<sup>a</sup>.- Que la data de la muerte sería sobre las 6:20 horas del 14/10/2021”.*

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

El día 24 de octubre de 2020, el Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS informó a los reclamantes del inicio del procedimiento, del sentido del eventual silencio negativo y les requirió proporcionar acreditación documental sobre el parentesco entre los reclamantes y la paciente fallecida.

El día 3 de noviembre de 2022, se efectuó la subsanación interesada, adjuntando el libro de familia de la abuela de la fallecida y el de la madre y sus DNI.

A continuación, se ha incorporado la historia clínica de la paciente a cargo de los centros dependientes del SERMAS, comprensiva de la atención dispensada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, desde junio del año 2020, por diversos episodios de malestar y vómitos autoprovocados, con acusada agitación y ansiedad.

En los mismos se recoge el dato de ciertos antecedentes cardiacos de la paciente, acaecidos en el año 2017 en Barcelona, que se significan como referenciados por la misma y sin constancia fehaciente documentada.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe de Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de fecha 2 de noviembre de 2022- folio 48-, relatando la asistencia en esa área, los días 13 y 14 de octubre de 2021.

Se destaca la dificultad para tratar a la paciente por presentar una enorme agitación psicomotriz, que se le realizó una analítica para descartar alteración metabólica grave y se la valoró por Psiquiatría, decidiendo vigilar a la paciente en un Área de Observación, con sólo 7 pacientes, un enfermero y un auxiliar de enfermería, con visión directa de todos ellos. Explica que se le aplicó medicación para controlar la

ansiedad, que detalla: media ampolla de Haloperidol a las 00:00h; a las 00:18h una ampolla de Valium y no resultando suficientes, otra media ampolla de Haloperidol a las 02:30h, y una ampolla de Valium 15 minutos después; además de la contención mecánica ante el nivel de agitación y autolesión de la paciente y en tanto hiciera efecto la medicación.

Finalmente indica que, a las 5:30 h, la paciente no respondía a estímulos, objetivando signos de parada cardiorrespiratoria, que no logró revertirse tras 50 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar.

Se emitió un posterior informe ampliatorio, de fecha 15 de febrero de 2023, también suscrito por el jefe del Servicio de Urgencias del hospital.

En el mismo se indica. *“1º. El dolor torácico posiblemente fue achacado a un origen osteomuscular, en relación con el esfuerzo de los vómitos, por lo que no se consideró de origen isquémico, como posteriormente se demuestra en la autopsia judicial, donde no hay lesiones en las coronarias, por tanto, la realización de un Ecocardiograma y enzimas cardíacas no hubiese aportado ninguna información relevante que pudiese haber modificado el pronóstico.*

*2º. El potasio, como se refleja en la página 3 del informe, sí fue realizado, con un valor normal (3,5 mmol/L)”- folio 600-.*

También se ha incorporado al procedimiento el informe la Inspección Sanitaria de fecha 15 de enero de 2024 (folios 612 a 617) que analiza la asistencia sanitaria cuestionada y concluye que la misma fue adecuada y de acuerdo a *lex artis ad hoc*.

El 18 de enero de 2024, se dio traslado de lo actuado a los reclamantes, a través de su letrado, para que efectuaran las alegaciones que tuvieran por pertinentes, sin que consten alegaciones finales por su parte,

Finalmente, el 7 de mayo de 2024, se ha formulado propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación al considerar que la asistencia analizada resultó ajustada a la *lex artis ah hoc*.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 20 de mayo de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 329/24, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 20 de junio de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y por solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en 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, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto conforman el círculo familiar y conviviente de la paciente fallecida, que han sufrido el daño moral derivado de su muerte, sin necesidad de mayor acreditación.

No obstante, en línea con lo relatado en el escrito de reclamación, pareciera oportuno haber solicitado que se acreditara en el procedimiento la convivencia efectiva de todos ellos con la paciente, para justificar su efectivo interés en la reclamación.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid en cuanto que el Hospital General Universitario Gregorio Marañón es un centro sanitario público integrado en su red asistencial.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, la asistencia cuestionada y el fallecimiento de la paciente se produjo el día 14 de octubre de 2021 y la reclamación ha sido interpuesta el día 14 de octubre de 2022, por lo que debemos considerarla efectuada el último día del plazo legal.

**TERCERA.-** Debemos a continuación repasar la tramitación del procedimiento y efectuar una valoración sobre su adecuación o no a lo establecido en la LPAC.

En el supuesto objeto de análisis, adicionada al expediente la prueba documental aportada por los reclamantes junto con su escrito de reclamación, se ha incorporado la historia clínica del hospital involucrado en la asistencia cuestionada y, de conformidad con las previsiones del artículo 81 de la LPAC, también un informe- y su posterior ampliación- emitido por el responsable del Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón; para ofrecer explicaciones sobre los diversos reproches en que se fundamenta la reclamación.

Igualmente ha emitido informe la Inspección Sanitaria y, previo el correspondiente trámite de audiencia, se ha formulado la propuesta de resolución.

Sin perjuicio del formal cumplimiento de las previsiones procedimentales de la LPAC, se observa que, ni en la historia clínica, ni en los informes emitidos se aclara la suficiencia del seguimiento de esta paciente por el Área de Cardiología y de su correspondiente alta, en fechas precedentes a la asistencia del día de su fallecimiento, determinante de que no se recabara en la misma un análisis más completo de la situación cardiaca de la afectada, siendo ese el reproche esencial de los reclamantes; aun refiriendo que presentaba un dolor en el pecho, sobre el cual el jefe del Servicio de Urgencias, emite una valoración, fundada en una suposición, que se reputa insuficiente, al señalar que “...el dolor torácico posiblemente fue achacado a un origen

*osteomuscular, en relación con el esfuerzo de los vómitos*”, sobre todo considerando que la autopsia denotó que la paciente presentaba “*signos antiguos de patología cardiaca con atigamiento de la superficie ventricular y hundimiento de ventrículo derecho*”, además de “*signos de patología reciente, con cambios significativos en la coloración que afecta al ventrículo izquierdo*”.

Se considera por esta Comisión Jurídica Asesora en razón de lo expuesto que, no se dispone de suficiente información técnico médica para resolver la reclamación formulada y, en consecuencia, para la adecuada resolución de esta reclamación será preciso retrotraer el expediente al objeto de emitir un informe adicional por el Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, explicando los razonamiento del alta previa de esta paciente en cuanto al seguimiento de Cardiología -si esa era efectivamente la situación-, así como la falta de una evaluación concreta de esta paciente por un cardiólogo en las Urgencias, el día de su fallecimiento.

Resulta igualmente de interés aclarar cuál era el concreto conocimiento que en el referido servicio se tenía sobre los episodios de las paradas cardiorrespiratorias de la paciente acaecidas anteriormente, en Barcelona, señalando el protocolo -si lo hay- para recabar los datos médicos relevantes de los pacientes, en caso de que las asistencias se hayan efectuado en servicios médicos dependientes de otras autonomías.

Finalmente, resulta necesario valorar la pertinencia y dosis de la medicación antipsicótica y ansiolítica suministrada conjuntamente a la paciente, en las horas previas a su fallecimiento, en relación con sus otras patologías (media ampolla de Haloperidol a las 00:00h; a las 00:18h una ampolla de Valium, otra media ampolla de Haloperidol a las 02:30h, y una ampolla de Valium 15 minutos después, además de la contención mecánica).

Sobre el particular, debemos recordar la importancia que en el procedimiento de responsabilidad patrimonial esta Comisión Jurídica Asesora atribuye al informe o informes del servicio/s supuestamente causante del daño, que resulta esencial para la correcta tramitación y resolución del procedimiento, ya que aporta una versión directa y cercana de lo sucedido y una explicación técnico-científica relevante, para quien carece de dichos conocimientos.

Por tanto, teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante tanto de los derechos de los interesados como del acierto de la decisión de la Administración Sanitaria que ponga fin al procedimiento, se considera que procede la retroacción del procedimiento para que se complete en los términos anteriormente expuestos, informando por el responsable del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y/o por el del servicio al que competa, sobre las circunstancias anteriormente apuntadas. Posteriormente, deberá valorarse todo ello nuevamente por la Inspección Sanitaria, conceder posterior trámite de audiencia a los reclamantes y formular una nueva propuesta de resolución, remitiendo todo ello nuevamente a esta Comisión.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede retrotraer el procedimiento para su adecuada tramitación, en la forma indicada en la consideración jurídica tercera.

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 20 de junio de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 375/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid