

Dictamen n°: **386/19**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **03.10.19**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 3 de octubre de 2019, sobre la consulta formulada por el viceconsejero 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. .... y Dña. .... y Dña. ...., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de Don ..... (en adelante, “*el fallecido*”) que atribuyen a la demora en el diagnóstico adecuado en el Centro de Salud Daroca primero y en el Hospital de la Princesa, después.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 11 de julio de 2017 se presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial en el registro de entrada de la Consejería de Sanidad, dirigida al Servicio Madrileño de Salud, en la que las personas citadas en el encabezamiento solicitaban una indemnización por el fallecimiento de su marido y padre putativo, que atribuían a un error y posterior retraso en el diagnóstico, de un íleo biliar.

Las reclamantes detallan en su escrito que el fallecido acudió el 24 de febrero de 2017, al Centro de Salud de la calle Daroca de Madrid para ser atendido por “*malestar general y vómitos*”. Describen que en dicho centro sanitario se le pautó medicación y posteriormente, como “*los vómitos no remitían*”, fue a Urgencias el 26 de febrero de 2017 al Hospital de La Princesa (en lo sucesivo, el hospital). Allí se le hizo la exploración abdominal y pese a que la esposa del fallecido “*lo solicitó*”, no se le hizo radiografía abdominal, según se refiere en el escrito.

Es dado de alta con diagnóstico de *vómitos en probable relación con gastritis*. Al día siguiente, acudió a su centro de salud, “*porque no cesaba el malestar general, los vómitos y el hipo*” y el médico le recomendó “*acudir de nuevo al hospital*”. En el Servicio de Urgencias del hospital ya se le realizó una radiografía abdominal y un TAC abdominal urgente que confirma el íleo biliar, siendo derivado a Cirugía General y Digestivo, y se le operó en esa misma noche (28 de febrero de 2017). Según las reclamantes “*la intervención llegó tarde*” y la evolución del paciente fue tórpida, falleciendo el 28 de marzo de 2017.

Por todo ello, reclaman una indemnización que cuantifican en 116.000 euros, más los intereses.

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

El esposo de la reclamante, de 80 años de edad en el momento de los hechos, había sido atendido en el Centro de Salud Daroca, el 24 de febrero de 2017, al folio 74 del expediente por “*nauseas/vómitos, leve dolor epigástrico, HF, dolor a la palpación periumbilical*”. Se le receta buscapina y se le dan recomendaciones de dieta.

El 26 de febrero de 2017 acude a Urgencias al hospital: según el informe clínico (folios 85 a 87): se le explora el abdomen (“*blando y*

*depresible, levemente doloroso a la palpación...No palpo masas ni megalias. No signos de IP (...)*". El juicio clínico de ese primer informe de Urgencias es: *"Vómitos en probable relación con gastritis. Insuficiencia renal prerrenal en el contexto. Hipo a filiar"*. Se le da de alta el mismo día a las 21.41 h, con la medicación que se detalla y plan de actuación correspondiente.

Tras persistir los vómitos y el malestar acude nuevamente el 27 de febrero a su médico de Atención Primaria, que lo deriva a Urgencias del hospital, con observaciones de *"GEA dado de alta ayer, persiste intenso malestar y vómitos, no tolera. Persiste Hipo"*. Ese mismo 27 de febrero a las 13.29 h acude a Urgencias y es atendido a las 15.17 h, figurando como motivo: *"Acude a urgencias por vómitos oscuros de 4 días de evolución asociado a hipo y disminución del tránsito, conservado para heces, no para gases desde el jueves. Asocia dolor abdominal difuso"*. De este segundo informe de urgencias (folio 90) destacan las pruebas realizadas: *"Rx de abdomen: se observa patrón en pila de monedas. (..) Ante la sospecha de sepsis de origen abdominal decidimos administrar piperacilina/tazobactám. Se solicita TC abdominal y se deriva a Cirugía digestiva"*.

Del resultado de todo ello, se observa: *"Imagen cálcica en flanco derecho, con dilatación segmentaria de intestino delgado. Comentado con radiólogo, impresiona de ILEO BILIAR"*. Se comenta el caso con anestesia, para optimización a la espera de la disponibilidad de quirófano. *Se decide el ingreso para la cirugía"*.

El paciente fue intervenido a las 22.35 h por obstrucción intestinal por Ileo Biliar. Consta el consentimiento informado para la cirugía de urgencia firmado por Dña. .... como familiar (folios 323 y 324). Durante su posterior estancia en Reanimación y hasta su fallecimiento fue valorado por el Servicio de Anestesia, Cirugía General y otros servicios.

Tras permanecer ingresado en reanimación, el fallecimiento sucede el 28 de Marzo de 2017 (folio 102 del expediente).

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

Se han incorporado al procedimiento tanto la historia clínica del interesado en el Centro de Salud Daroca como la historia clínica completa suministrada por el Hospital. Asimismo, obran los siguientes informes médicos:

Informe del Jefe de Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Universitario de la Princesa de fecha 1 de Septiembre de 2017.

Informe del responsable de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de la Princesa fecha 5 de Septiembre de 2017.

Informe de la Coordinadora de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa de fecha 21 de septiembre de 2017.

Consta el pertinente informe del médico inspector de 12 de enero de 2018, que tras examinar la historia clínica del paciente fallecido, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, refiere *“la dificultad diagnóstica de estos procesos tan poco frecuentes”*, indica que *“hay que considerar la elevada mortalidad en general de estos procesos”* y concluye que no existe evidencia de que la posible demora diagnóstica sea contraria a la *lex artis*. (Folios 388 y ss).

Tras la incorporación al procedimiento de todo lo anterior, se evacuó el trámite de audiencia a las reclamantes. Constan las notificaciones a su abogado, sin efectuar alegaciones.

Finalmente, el 29 de mayo de 2019, el consejero de Sanidad, formuló propuesta de resolución que desestima la reclamación formulada por entender que la asistencia prestada al paciente fue correcta y conforme con la *lex artis*.

**CUARTO.-** El 27 de junio de 2019 tuvo entrada la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 3 de octubre de 2019.

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 superior a 15.000 euros, y a solicitud del consejero 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).

En el presente caso, la reclamación impetrada es superior a 15.000 euros, por lo que el dictamen es preceptivo.

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se ha regulado conforme a la LPAC.

De las tres reclamantes, la legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial solo se acredita por una de ellas, que es la esposa del fallecido. Se ha presentado prueba de la relación de parentesco mediante fotocopia del certificado del matrimonio inscrito en el Registro Civil.

Las otras dos reclamantes son hijas de la esposa del fallecido, nacidas en 1969 y 1974. El abogado manifiesta que son allegadas, si bien esto no resulta acreditado; a la fecha en que su madre contrajo matrimonio con el fallecido (1993) ya eran mayores de edad. No aporta prueba de esa situación de afectividad que permitiría tenerlas como allegadas y por tanto como perjudicadas por el fallecimiento. La partida de bautismo que adjunta, es de un nieto del fallecido, en el que éste hizo de padrino, lo que resulta insuficiente para acreditar lo que se pretende y además es solo respecto de una de las hijas de su mujer.

Por ello, entendemos que la única legitimada activamente es su mujer, como esposa del fallecido.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada por personal médico de la red sanitaria madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización. En el presente caso, ocurrido el fallecimiento del paciente el día 28 de marzo de 2017, la reclamación presentada el 11 de julio del mismo año está en plazo.

Respecto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación, constando los informes de los servicios médicos implicados, el de la inspección médica y el trámite de audiencia.

Por lo que de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial.

**TERCERA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*.

El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC. La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

*“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa,*

*o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.*

Por tanto, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito concreto que nos ocupa de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es el del concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia*

*debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.*

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Así, el Tribunal Supremo, por todas, en la sentencia de 19 de mayo de 2015, (RC 4397/2010) ha señalado que:

*“(...) no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, (...) por muy triste que sea el resultado producido, ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances, siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

Por todo lo cual, la reclamante tendría que probar que entre el daño producido por el fallecimiento de su esposo y la conducta imputable a los profesionales sanitarios ha habido una infracción de la *lex artis* en lo relativo al diagnóstico de íleo biliar y la demora en la intervención.

**CUARTA.-** De los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, analizamos en

primer lugar, la existencia de un daño real y efectivo por quien solicita ser indemnizado.

En este caso, no cabe duda a tenor del expediente que el daño es el fallecimiento del esposo de la reclamante que constituye un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 dictada en el recurso 7013/2000 y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 en el recurso 1267/1999) y que la jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable. Ya hemos referido en cuanto a la legitimación activa, que solo ha quedado acreditada la de su viuda.

La existencia de un daño, sin embargo, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

La reclamante imputa el resultado del fallecimiento a la actuación del Centro de Salud y de las urgencias del hospital, pues consideran que hubo omisión de una prueba diagnóstica oportuna, unido a una demora; pues, es en el segundo ingreso en urgencias (27 de febrero de 2017) cuando se le hace la radiografía abdominal y el TAC y cuando se le detecta la obstrucción intestinal, pasando inmediatamente a la cirugía.

Para determinar la supuesta responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde la prueba a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. En este caso no se ha aportado al procedimiento ninguna prueba que sirva para apoyar los reproches que se dirigen contra la Administración Sanitaria. Las reclamantes no aportan ningún dictamen pericial, que permita relacionar el fallecimiento con una demora en el diagnóstico adecuado.

Como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 18 de marzo de 2016 (recurso 154/2013): *“Las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica (...)”*.

Frente a las alegaciones de la reclamante relativas a la demora en el diagnóstico, es de recordar con carácter general, que para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza ésta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento, ceñida al momento en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

En el caso que nos ocupa, el paciente acudió al centro de salud con *vómitos y malestar*; se le palpó el abdomen y se le pautó la medicación procedente para esos síntomas.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca:

*“Así, la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Además, procede tener presente que la asistencia médica ha de atender a los síntomas del enfermo, mediante un juicio ex ante y no ex

post. No puede admitirse juzgar la asistencia sanitaria partiendo del dato del resultado final, que es el fallecimiento del paciente un mes después. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual:

*«No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio "ex post", sino por un juicio "ex ante", es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente».*

Por otra parte, sobre el diagnóstico no está de más recordar la STS de 27 noviembre 2000, según la cual *“Un diagnóstico es, en definitiva, un dictamen y como tal avanza un parecer, una opinión, partiendo de unos datos que obtiene por diversos medios y que eleva a categoría a través de lo que el estado de la ciencia y la técnica, así como el saber experimental que posea el médico actuante, permiten en el momento de emitirlo. Nunca un dictamen –sea jurídico, sea médico– puede garantizar un resultado. (...) La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error (..) No obstante lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho*

*diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación”.*

En este caso, en la primera visita al centro de salud, el paciente presentaba vómitos, siendo el tratamiento pautado adecuado a ello. En el hospital, de la lectura del primer informe de Urgencias se colige que la sintomatología que presentaba el paciente (*vómitos continuos*) no apuntaba necesariamente a un problema de obstrucción intestinal. En la anamnesis, además de los vómitos no se identifican cambios en el hábito intestinal. Es importante destacar que sí se le realizó una exploración abdominal (*abdomen blando, depresible, con RHA positivos, y no signos de irritación peritoneal*) aunque no se le hiciera una radiografía abdominal. Se solicitaron otras pruebas como una *analítica y RX de tórax*

El informe de la inspectora médica señala que en estos casos “*la radiología abdominal no se lleva a cabo de forma rutinaria*”. Por ello, se infiere que no hubo negligencia por el personal sanitario, sino que se le hicieron determinadas pruebas que se consideraron adecuadas en ese momento para esos síntomas.

Cuando el paciente acude al día siguiente nuevamente a Urgencias en el hospital porque *persiste intenso malestar y vómitos*, han transcurrido 15 horas y 49 minutos entre al alta de la primera visita y el posterior ingreso (...) y el informe de la Inspección refiere que entonces “*(...)lo que hace incidir en la necesidad de una RX de abdomen que ya aporta datos de obstrucción intestinal (patrón en pilas de monedas), y conduce a la realización de un TAC que confirma el íleo biliar, que es derivado a Cirugía General y Digestivo*”.

Del conjunto de los informes de los servicios afectados, se puede concluir sin esfuerzo dialéctico, que el paciente fue diagnosticado adecuadamente, considerando el síntoma de vómitos que presentaba.

La prueba de radiografía abdominal y el TAC se realizan tras la segunda visita a urgencias, solo un día después y cuando las circunstancias lo demandaban. Además, la celeridad en la decisión de la cirugía es máxima pues consta la intervención ese mismo día a las 22.35 h. Por ello, realizando el examen ex ante y no ex post, no se observa desidia del personal sanitario o trato inadecuado al paciente. El diagnóstico de íleo biliar, se realizó cuando el 27 de febrero acudió por segunda vez a Urgencias, respecto de lo cual, la médico inspectora señala:

*“El íleo biliar es una causa importante aunque poco frecuente de obstrucción intestinal. Su diagnóstico es a menudo tardío ya que los síntomas pueden ser intermitentes hasta que se establece la obstrucción intestinal y las pruebas complementarias pueden no identificar la causa. Es una enfermedad que se asocia siempre a una elevada mortalidad, al aparecer generalmente en pacientes con patología asociada. Su diagnóstico debe sospecharse en pacientes ancianos con clínica sugestiva de obstrucción intestinal aguda o subaguda. Y puede ser confirmada por diagnóstico por imagen pero a veces se efectúa en la propia cirugía”.*

El informe de la Inspección Sanitaria refleja lo difícil del diagnóstico y la alta mortalidad, teniendo en cuenta además, la edad de 80 años del paciente. Por ello, concluye que: *«Si bien estas casi 16 horas de demora entre el alta y el nuevo ingreso podrían hacernos pensar en un retraso diagnóstico, lo cierto es que los datos iniciales no parece que sean claramente sugestivos de obstrucción intestinal, y podrían clasificarse como “periodo de observación”, y dada la dificultad diagnóstica de estos procesos tan poco frecuentes, no debemos considerar una mala praxis esta posible demora diagnóstica. Por otra parte hay que considerar la elevada mortalidad en general de estos procesos, atendiendo a la complejidad del diagnóstico y a la tipología de*

*los pacientes, en su mayoría con edades elevadas, y patologías asociadas».*

En resumen, hemos de estar a esta conclusión, pues el informe de inspección responde a criterios de objetividad, imparcialidad y rigor científicos como ha resaltado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en varias sentencias; por ejemplo, en la sentencia de 3 de marzo de 2017 (núm. rec. 538/2013) o en la de 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) que señala que, en la valoración de la prueba, *“(...) Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

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

### **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al esposo de la reclamante.

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 3 de octubre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 386/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid