

Dictamen nº: **245/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **06.06.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 6 de junio de 2019, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por D., (en adelante “*el reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuye a la realización de una colonoscopia y una endoscopia oral en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito fechado el 19 de julio de 2016 el reclamante presentó en el registro HCSC una solicitud de indemnización por las secuelas supuestamente derivadas de la asistencia sanitaria prestada en el citado Hospital

En su escrito afirmaba que recibía tratamiento médico en el HCSC desde el año 2010 por antecedentes familiares de Aparato Digestivo.

El 22 de octubre de 2015 se le realizaron una colonoscopia y una endoscopia oral. Al día siguiente acudió a Urgencias por intenso dolor

abdominal generalizado. Se le diagnosticó una pancreatitis procediendo a su ingreso en planta.

Se le realizó un TAC y el 4 de noviembre una punción pancreática. Al presentar taquicardia y frialdad fue ingresado en UCI donde se le diagnostica una pancreatitis aguda de etiología no filiada probablemente biliar.

Presentó absceso peripancreático y múltiples colecciones abdominales que precisaron drenaje mediante ecoendoscopia y por vía percutánea guiada por scanner. Asimismo precisó intubación orotraqueal y ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria secundaria a derrame pleural izquierdo y restricción de la ventilación por distensión abdominal y fracaso renal oligúrico.

Se le realizó una traqueostomía el 2 de diciembre de 2015. Posteriormente sufre una obstrucción aguda de la cánula traqueal con hipoxemia severa y parada cardiaca que precisó reanimación durante 10 minutos.

Durante su hospitalización padeció: colecistitis aguda, fistula quística pancreática-gástrica, trombosis en la vena femoral, anemia, malnutrición, íleo paralítico, polineuropatía y colonización de pseudomona faríngea y rectal.

Recibe el alta de 18 de marzo de 2016 y pasa al Hospital San José para recuperación dietética. Vuelve a ingresar el en HCSC el 24 de abril de ese año por molestias en hipocondrio derecho. Se diagnostica una colelitiasis y recibe el alta el 27 de abril.

Atribuye estas patologías a la colonoscopia y a la endoscopia oral realizadas en octubre que han originado una serie de negligencias en cadena.

-La endoscopia oral provocó la pancreatitis.

-Sufrió infecciones por mala praxis.

-Se le implantó un catéter que originó un trombo.

-La traqueostomía produjo una infección en la cánula y una parada cardiaca.

Reclama una compensación económica que no concreta.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se ha incorporado la historia clínica del HCSC y del Hospital San José ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

El reclamante, nacido en 1948, se encontraba en tratamiento en consultas del HCSC al tener antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

El día 22 de octubre de 2015 se le practicó una gastroscopia con sedación y una colonoscopia bajo sedación con exploración dentro de límites normales.

Acude a urgencias a las 23:21 por dolor abdominal posterior a realización de gastrocolonoscopia. Ha vomitado tras la ingesta. Se le realizan diversas radiografías, Abdomen simple en dos proyecciones y analítica. Amilasa de 3423 y Leucocitos 19.700. En las placas no hay signos de perforación. Se diagnostica de pancreatitis aguda e ingresa en Digestivo. Se realiza ecografía que indica páncreas discretamente aumentado de tamaño sin colecciones o líquido peripancreático.

Se realiza TAC urgente abdominal el 24 de octubre con diagnóstico de pancreatitis aguda con estriación de la grasa

peripancreática y líquido libre en celda pancreática, con líquido perihepático, periesplénico y ambas gotieras paracólicas y pelvis.

El 26 de octubre se coloca sonda nasoyeyunal vía endoscópica con sedación. Firma consentimiento informado para gastroscopia y también para sedación.

El 28 de octubre se realiza Rx abdomen antero-posterior para descartar obstrucción intestinal. La placa lo descarta. Se detecta febrícula persistente de 37,6. Urocultivo con *Enterococcus faecalis*. Se inicia nutrición por sonda.

El 30 de octubre se realiza nuevo TAC abdominal con contraste intravenoso. Se observa un páncreas edematoso con gran infiltración del tejido peripancreático, líquido en espacios pararenales anteriores y en canales paritetocólicos, similar a estudio previo.

El 31 de octubre se suspende nutrición enteral por signos de obstrucción intestinal por ileo secundario a pancreatitis. Se realiza Rx abdomen que demuestra niveles y dilatación de asas intestinales.

El 4 de noviembre se realizan ecoendoscopia y punción aspirativa con sedación. Se visualiza un páncreas que tiene una ecoestructura completamente distorsionada impresionando de una necrosis extensa con áreas de licuefacción y áreas de líquido libre.

El día 5 de noviembre se obtiene nueva analítica y se reinicia nutrición enteral por sonda nasogástrica. Presenta edemas en piernas por lo que se mantiene con seguril. Se mantienen los picos febriles de 38° C y febrícula mantenida.

El día 6 de noviembre se recibe nueva analítica y se recibe informe verbal de PAAF realizada. Se cambia antibiótico de augmentine a ciprofloxacino y metronizadol según recomendaciones

de Microbiología. Pendiente de informe definitivo de antibiograma de *Escherichia coli* y *serratia*. Se avisa al médico de guardia por episodio de hipotensión y oliguria. Hay signos de deshidratación. Se solicita analítica con función renal y se aumenta sueroterapia.

El día 6 de noviembre ingresa en UCI por inestabilidad hemodinámica. A los pocos días precisó intubación orotraqueal y ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria secundaria a derrame pleural izquierdo y restricción de ventilación por distensión abdominal.

Se realizó traqueostomía el 2 de diciembre. Ese mes se colocan con la técnica de Seldinger dos catéteres en colecciones abdominales y se recoloca sonda bajo control endoscópico. El 22 de diciembre se realiza nueva ecoendoscopia radial

El 7 de enero de 2016 tuvo una obstrucción aguda de la cánula traqueal que se solucionó con su recambio pero provocó una parada cardíaca por lo que tuvo que recibir RCP avanzada durante 10 minutos. El paciente presentó una recuperación neurológica completa. Presenta datos de neuropatía del enfermo crítico. Se complicó con una ileítis y colitis con diarrea ocasional que no se asoció a *Clostridium difficile*.

Presenta traqueobronquitis por pseudomonas multirresistente y una sepsis por catéter por *Candida parapsilopsias* resistente a fluconazol que se consiguieron resolver. Cuadro de fracaso renal asociado a fiebre y eosinofilia que pudo estar asociado a la administración de betalactámicos que se resolvió. Muestra una anemización del enfermo crítico que precisó transfusión de concentrado de hematíes. En el TAC de 13 de enero se detectó trombo en vena femoral común izquierda asociada a presencia previa de un catéter de diálisis por lo que se trata con heparina. Ante la mejoría de

las colecciones en el TAC del 1 de febrero y dieta oral con buena tolerancia se decide traslado a planta de Digestivo.

Se realiza interconsulta con psiquiatría para valoración por la situación de ingreso tan prolongada. Se realizan TAC y ecocardiograma.

El 18 de marzo es trasladado al Hospital San José para recuperación neurológica por su afectación motora en relación con polineuropatía. Es remitido de nuevo al HCSC el 24 de abril por vómitos y dolor abdominal.

Se diagnostica de posible episodio de coledocolitiasis e insuficiencia renal prerrenal. Se realiza Eco abdominal el 26 de abril mostrando: quiste simple en LHD, colelitiasis, litiasis infundibular, barro biliar intravesicular, lesión focal esplénica sin cambios, esplenomegalia, derrame pleural izquierdo, leve engrosamiento de pared duodenal con mínimo líquido libre periduodenal, mínimo engrosamiento de pared vesicular sin otros signos ecográficos de colecistitis.

Mejora con reposo digestivo y sueroterapia sin presentar fiebre. Se realiza interconsulta a cirugía para valorar colecistectomía indicando que no es posible la cirugía durante el ingreso y recomiendan seguimiento ambulatorio. Se realiza valoración por nutrición por situación de caquexia e intolerancia a los suplementos pautados por diarrea.

Dada la estabilidad analítica y clínica se da el alta a domicilio el 27 de abril de 2016.

Ingresa para colecistectomía laparoscópica programada el 25 de agosto de 2016. Al no surgir complicaciones se le da el alta el 30 de agosto siguiente.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Con fecha 3 de agosto de 2016 la instructora del procedimiento comunica al reclamante el inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

El 23 de agosto de 2016 emite informe el jefe de Servicio de Aparato Digestivo. De forma escueta afirma que constan en ese Servicio numerosos informes relativos a la atención prestada al reclamante.

Presentó una pancreatitis aguda grave con colecciones y necrosis, entidad con alta comorbilidad y posibilidad de complicaciones tanto locales como de órganos a distancia.

La etiología más común es la biliar y existía colelitiasis documentada desde 2012.

La gastroscopia y endoscopia se realizaron de forma correcta con consentimiento informado. En la reclamación se alude a que en la gastroscopia hubo toma de biopsia, pero de la pared enfrentada y no adyacente al área papilar.

El 8 de septiembre de 2016 emite informe la Unidad de Epidemiología del Servicio de Medicina Preventiva del HCSC en el que recoge que las medidas de prevención de infecciones nosocomiales en las épocas en las que estuvo ingresado el reclamante estaban recogidas en la Guía de Higiene Hospitalaria aprobada por la Comisión de Infecciones en 2012.

El Laboratorio de Higiene Hospitalaria realizó el 1 de octubre de 2015 el análisis de 31 muestras aleatorias de colonoscopios y gastroscopios resultando todas las muestras correctas.

El reclamante precisó de ese Servicio medidas de aislamiento de contacto desde el 1 de diciembre de 2016 hasta el alta por presentar infección respiratoria por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente y persistir su estado de colonización faríngea, perineal y rectal por dicho organismo.

El 2 de enero de 2017 emite informe la Inspección Sanitaria.

Destaca que, si bien en la literatura hay casos de pancreatitis provocadas por la realización de gastroscopias/endoscopias, se trata de casos rarísimos por lo que en este caso lo más probable es que tuviera una causa biliar en función de los antecedentes del paciente. Las biopsias se tomaron en pared enfrentada y no adyacente a área papilar.

En cuanto a las infecciones padecidas por el reclamante durante su ingreso considera que los informes y la documentación aportada por el Servicio de Medicina Preventiva permiten entender que fueron cumplidos a lo que se suma el que se trata de infecciones frecuentes en pacientes que pasan una larga temporada hospitalizados.

Considera que el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis fueron rápidos y adecuados. La obstrucción de la cánula es una complicación temprana de la traqueostomía.

Por ello considera que la actuación médica no puede catalogarse de mala práctica.

El 19 de mayo de 2017 el reclamante aporta Auto de 27 de marzo de 2017 del Juzgado de Instrucción nº 1 de Madrid en el que se acuerda el sobreseimiento provisional y archivo de la causa.

En ese escrito el reclamante solicita que se reactive el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial que se encontraba paralizado por las actuaciones penales y se le conceda una indemnización por los daños físicos y morales derivados de haber permanecido ingresado más de seis meses en el HCSC. La indemnización cubriría los gastos por días de trabajo perdidos y transporte de su familia durante ese periodo, si bien deja a criterio de la Administración el importe.

Consta en el expediente un oficio de 6 de septiembre de 2017 del letrado jefe del Servicio Jurídico en el SERMAS por el que da traslado del Decreto de 4 de septiembre del letrado de la Administración de Justicia de la Sección 10ª de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid en el que se tiene por desistidos a los demandantes del procedimiento ordinario 307/2017 sin que conste relación alguna con el presente procedimiento administrativo.

El 23 de febrero de 2018 se concede trámite de audiencia al reclamante. No consta la presentación de alegaciones.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución, de 5 de marzo de 2019, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 22 de abril de 2019, correspondiendo su

estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 6 de junio de 2019.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

Con carácter previo, hemos de señalar que, en virtud de lo dispuesto en la Disposición Transitoria Tercera a) de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, a este procedimiento le resulta de aplicación la normativa anterior por haberse iniciado antes de su entrada en vigor.

SEGUNDA.- El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) al ser la

persona que recibió la asistencia que se considera incorrecta y de la que se derivarían los daños por los que reclama.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HCSC que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJ-PAC, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

En este caso el reclamante consta que recibió el alta el 27 de abril de 2016 y tras un nuevo ingreso para una intervención quirúrgica programada fue dado de alta el 30 de agosto de ese año. Por ello la reclamación presentada el 19 de julio de 2016 está en plazo.

En cuanto al cumplimiento de los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJ-PAC desarrollado por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP) se ha incorporado, conforme el artículo 10 del RPRP, el informe de los Servicios a los que se atribuye la producción del daño y se ha otorgado el trámite de audiencia contemplado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

Si, como parece a la luz de los nombres de los recurrentes, el decreto del letrado de la Administración de Justicia de la Sección 10^a carece de relación con el presente procedimiento, deberá ser

suprimido del expediente a efectos de evitar un incumplimiento de la normativa sobre protección de datos.

Ha de destacarse la excesiva duración del procedimiento. Si bien es cierto que se desarrollaron actuaciones penales y que el reclamante afirma que el procedimiento se encontraba suspendido, lo cierto es que en ningún documento del expediente se acredita esa suspensión y que entre la concesión del trámite de audiencia y la redacción de la propuesta de resolución transcurrió más de un año.

Se ha solicitado el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado ya expuesto.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 139 de la LRJ-PAC, es necesario que concurra:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en 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 -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño (así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)).

CUARTA.- El reclamante se limita en su reclamación a efectuar un relato de los hechos del que parece inferirse que achaca la producción de la pancreatitis que motivó su ingreso hospitalario a la realización de una gastroscopia y una endoscopia el día antes a su ingreso por Urgencias. Asimismo, considera que son responsabilidad del HCSC las diversas infecciones nosocomiales que padeció durante su ingreso.

En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: “*según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate.*”

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria. Así

como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015):

“Así, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27.11.1985 , 9.6.1986 , 22.9.1986 , 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero , 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997 , 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero , 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 , y 2 de noviembre de 1992 , entre otras)”.

El reclamante, como decimos, no aporta prueba alguna sino que expone la innegable gravedad del proceso pancreático que padeció y considera que el mismo se produjo a raíz de la realización de una gastroscopia y una endoscopia.

Sin embargo, como afirman tanto la Inspección como el Servicio de Aparato Digestivo, no existen evidencias de esa relación sino que todo apunta a que la pancreatitis se ocasionó como consecuencia de la litiasis biliar que padecía el reclamante sin que en las biopsias realizadas se afectase a la papila biliar.

Especialmente significativo resulta el Auto de sobreseimiento del Juzgado de Instrucción nº 1 de Madrid en el que se recoge que prestó

declaración un gastroenterólogo que afirmó que la pancreatitis que padeció el reclamante no pudo tener su origen en la endoscopia y se indica que en esas diligencias emitió informe pericial un médico forense que además era especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo y que consideró que la pancreatitis podía deberse al consumo de alcohol, a la litiasis biliar que padecía o a la eventual manipulación de la zona biliopancreática sin que existieran criterios que permitieran filiar la pancreatitis a lo que añade que no observaba datos que permitieran calificar la asistencia prestada al reclamante como inadecuada o incorrecta (folio 823).

Teniendo en cuenta esas afirmaciones y el que la Inspección Sanitaria afirma que no se afectó la zona biliar puede considerarse que no solo no se ha acreditado que la endoscopia causase la pancreatitis sino que los datos disponibles parecen apuntar en sentido contrario.

Conviene recordar que el valor del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes es fundamental. Como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016):

“El informe de la Inspección Sanitaria, sin ser propiamente una prueba pericial, es también un relevante elemento de juicio para la valoración y apreciación técnica de los hechos o datos que interesan a las cuestiones litigiosas planteadas por las partes. La fuerza de convicción de sus consideraciones y conclusiones depende de la motivación, objetividad y coherencia interna del informe emitido pero también de los criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes con que los Médicos Inspectores informan”.

Ha de destacarse que el reclamante no ha efectuado alegación alguna en el trámite de audiencia que permita cuestionar ese informe.

QUINTA.- Han de analizarse las críticas de la reclamación en cuanto a las infecciones nosocomiales padecidas durante su ingreso.

Como ya tuvo ocasión de pronunciarse esta Comisión Jurídica Asesora en sus dictámenes 126/16, de 26 de mayo y 165/18, de 12 de abril, al igual que lo hizo anteriormente el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, hay un porcentaje de infecciones adquiridas en el ámbito hospitalario que no se pueden evitar en el actual estado de la ciencia, por lo que resulta de aplicación el artículo 141.1 de la LRJ-PAC, conforme al cual no son indemnizables los daños derivados de hechos o circunstancias que no hayan podido evitarse según el estado actual de conocimientos de la ciencia al tiempo de producirse.

En este caso se han aportado los protocolos de higiene hospitalaria del HCSC y su Servicio de Medicina Preventiva ha explicado las medidas adoptadas durante el ingreso del reclamante.

Por ello, aun cuando el contagio se haya producido en el hospital y por tanto sea una infección nosocomial, no por ello es un daño antijurídico, al haber quedado acreditado que se adoptaron las medidas profilácticas adecuadas, como recoge la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de mayo de 2013, y la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de febrero de 2013 (recurso 1243/2009).

Lo expuesto conduce a entender que no se ha acreditado que haya existido una mala praxis por parte de los servicios sanitarios que atendieron al reclamante.

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haber quedado acreditada la infracción de la *lex artis*.

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 6 de junio de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 245/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid