

Dictamen nº: **252/17**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **15.06.17**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 15 de junio de 2017, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Doña ..... (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios derivados de las secuelas causadas por un deficiente seguimiento de una intervención de apendicitis en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 26 de febrero de 2015, la reclamante presentó un escrito en el registro del Servicio Madrileño de Salud solicitando una indemnización por los daños y perjuicios supuestamente derivados de la asistencia sanitaria prestada en el citado centro sanitario.

En su escrito relata que el 5 de agosto de 2014 acudió a un centro de salud al presentar dolor abdominal. Se le indicó que no padecía apendicitis y se le pautó buscapina debiendo acudir a su centro de salud si el dolor continuaba. Al día siguiente acudió a otro centro de salud donde se descartó una infección de orina y se le volvió a pautar buscapina.

Ese mismo día la reclamante decidió acudir al HCD donde se acordó su ingreso para ser intervenida por apendicitis.

La intervención se realizó el día 7 bajo anestesia general con acceso laparoscópico, recibiendo el alta el día 12 con tratamiento analgésico y antibiótico.

En su domicilio padeció fiebre y acudió el día 20 a Urgencias del HCD por fiebre alta, molestias abdominales y malestar general. Fue ingresada y se realizó una ecografía de abdomen que se informó como imagen sugestiva de colección retrouterina de 10 cm como primera posibilidad por lo que el 21 de agosto se realizó un drenaje endoanal de absceso apendicular en fondo de Douglas.

Su evolución fue mala sin que se realizase ninguna actuación hasta el 26 de agosto en que se realizó una ecografía de control y ello pese a que, según los comentarios de enfermería, padecía fiebre y dolor desde el 22 de agosto mostrando la analítica del 24 de agosto signos de infección.

En la ecografía quedó patente que la colección persistía por lo que tuvo que ser intervenida de urgencia mediante laparotomía por una peritonitis.

Considera que esta actuación le ha ocasionado diversas secuelas y daños:

- 20 puntos por reconstrucción del tránsito, resección de un metro de íleon y anastomosis.
- 20 puntos por perjuicio estético importante.
- 150 días impeditivos.
- 23 días de hospitalización.

Considera que ha existido una actuación negligente de los servicios sanitarios al dejar evolucionar el cuadro sin pautar antibióticos ni pruebas de imagen hasta el día 26 de tal forma que existió un daño desproporcionado (folio 10) y un retraso de tratamiento.

Reclama 50.000 euros como indemnización.

Aporta diversa documentación médica.

**SEGUNDO.-** En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se ha incorporado la historia clínica del citado centro sanitario ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La reclamante, de 39 años de edad, acude el 5 de agosto al Centro de Salud Aguacate, por presentar desde dos días antes dolor abdominal. Se descartó, en ese momento, el diagnóstico de apendicitis ya que en la exploración física no se apreció signos y/o síntomas de dicha patología (defensa abdominal). Al día siguiente, ante la persistencia del dolor, se dirigió al Centro de Salud "Los Cármenes" donde se le prescribe Buscapina.

Acude al Servicio de Urgencias del HCD, el 6 de agosto de 2015, por presentar un cuadro de varios días de evolución consistente en epigastralgia que se localiza en fosa iliaca derecha (FID) y nauseas. Se encuentra afebril y a la exploración física se aprecia abdomen blando, depresible, no distendido y doloroso a la palpación sobre FID. Se realiza ecografía abdominal y en la analítica efectuada destaca leucocitosis con neutrofilia, datos compatibles con una apendicitis aguda.

El 7 agosto fue intervenida de apendicitis aguda mediante acceso laparoscópico y con anestesia general. En el informe del protocolo de la intervención se señala: *"... Útero miomatoso. Líquido sero-fibrinoso en Douglas. Trompas y anejos sin alteraciones. Plastrón inflamatorio adherido a pared en FID boqueado por Ciego. En su interior apéndice gangrenosa*

*subserosa con apendicolito en su interior por lo que se accede por vía McBurney y se realiza apendicectomía reglada ...*". Se pauta Augmentine.

El 12 de agosto la paciente recibió alta hospitalaria bajo tratamiento farmacológico consistente en Augmentine y Paracetamol y, en caso de empeorar, revisión en el Servicio de Urgencias.

El 20 agosto de 2014 acude a Urgencias por fiebre y molestias abdominales, refiere que desde el alta presenta picos febriles de predominio vespertino y de máximo 38 °C que terminan cuando finalizó el tratamiento antibiótico (15 agosto) y que reaparecen tres días después. Niega molestias abdominales. El hábito deposicional esta conservado y las heridas quirúrgicas tienen buen aspecto sin exudados.

A la exploración física se aprecia: *"Afebril. Hemodinámicamente estable. Abdomen blando, depresible, no distendido y no doloroso, sin masas ni organomegalias palpables y peristaltismo adecuado. Tumefacción fluctuante rectal a nivel del fondo de saco de Douglas"*. En la analítica aparece leucocitosis con neutrofilia y aumento de la proteína C reactiva.

Se solicita ecografía abdomino-pélvica, a fin de descartar absceso, y es informada como compatible con colección (hemorrágica vs abscesificada) si bien se recomienda completar el estudio con ecografía ginecológica para descartar dependencia ovárica. En ecografía transvaginal se aprecia, ocupando el espacio de Douglas, un absceso de probable origen secundario a apendicectomía vs. absceso tuboovárico.

El 21 de agosto se realiza drenaje endoanal de absceso apendicular en fondo de Douglas con salida de 150 cc de pus. Se lava la cavidad con suero fisiológico y se deja Flagyl intracavitario. En el turno de tarde se refleja que tiene 38.1 °C y durante el turno de noche llega a tener 38.8°.

El 22 agosto se anota en el turno de mañana: buen estado general y afebril. En el turno de tarde queda anotado 38,2° cediendo con paracetamol.

La paciente pasa la noche con dolor y llega a tener 37.8°. Se señala ecografía de control el 27 de agosto

El 23 agosto se prescribe Xumadol por dolor en zona perianal. En el turno de tarde queda anotado T 38,4, se administra Perfalgan y a las 21 H la temperatura es de 37,8 °C. En el turno de noche: 37,9 °C.

En la hoja de curso clínico se refleja: “*afebril*”. Destaca en la analítica la presencia de leucocitosis (15.96) con neutrofilia, hematíes 3.34 y hematocrito 30.

El 24 agosto se administra Perfalgan por dolor en zona baja del abdomen y en el turno de tarde tiene 38°C. Se solicita ECO.

A las 22 horas del día 25 de agosto, la paciente avisa por intenso dolor de abdomen y unas horas después vomita. El cuadro doloroso persiste durante toda la noche. El 26 de agosto se señala en la hoja de curso clínico: “*...anoche febril. Mañana eco control. Resto asintomático*”.

Se realiza ecografía abdomino-pélvica en la que se recoge que persiste en Douglas una colección hipoecogénica homogénea de unos 7,5 cm de diámetro en relación a absceso ya conocido, con leve disminución de su tamaño respecto de la ecografía anterior.

Se decide intervención quirúrgica urgente y se realiza laparotomía exploradora apareciendo un gran plastrón inflamatorio que engloba 1 m de íleon distal, recto-sigma, útero y anejos que engloba absceso 500 cc en Fondo de saco de Douglas a nivel izquierdo envuelto en reacción fibrosa de consistencia pétreo. Se realiza resección ileocecal con 1 metro de íleon. Drenaje de absceso. Reconstrucción mediante íleo-colostomía derecha T-L mecánica con CEEA 25 y sutura de muñón cólico.

La evolución postoperatoria es favorable y la analítica se va normalizando paulatinamente, siendo dada de alta el 12 de septiembre El 4

de noviembre de 2014 es valorada en consultas externas de cirugía estando asintomática.

**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.

Emite informe el 20 de mayo de 2015 el Servicio de Cirugía General del HCD (folios 46-48) en el que describe la asistencia prestada.

En informe de 29 de diciembre de 2015 la Inspección Sanitaria (folios 317-322) emite informe en el que considera que la actuación sanitaria fue inadecuada puesto que;

*“- No se valoró adecuadamente la situación clínica que presentaba la paciente en cada momento.*

*- No se realizó un seguimiento adecuado tras la realización del drenaje del absceso en el espacio de Douglas que presentaba.*

*- La clínica y analítica que presentó la paciente desde el 20 hasta el 26 de agosto era indicativa de la presencia del absceso y la ineficacia del drenaje para resolver el cuadro clínico debiéndose haber optado, con anterioridad, por otras medidas terapéuticas”.*

Consta un informe pericial de valoración del daño solicitado por el SERMAS de fecha 8 de agosto de 2016 en el que se valora el daño en cinco puntos por la yeyuno-ileostomía parcial o total y 30 días improductivos.

Con fechas 5 y 12 de septiembre de 2016 se concede audiencia a la reclamante, al HCD y a la aseguradora de este último.

El 23 de septiembre presenta escrito de alegaciones la aseguradora en el que considera que la intervención de apendicitis se realizó de forma

correcta en tanto que la reclamante tardó demasiado (ocho días) en acudir a Urgencias lo cual pudo suponer un agravamiento de la infección.

Considera que no se puede establecer una relación causal entre el tratamiento médico y las secuelas en tanto que el tiempo de estabilización ha de limitarse a treinta días sin que proceda valorar el perjuicio estético.

Con fecha 22 de septiembre de 2016 formula alegaciones el HCD adjuntando escrito de alegaciones del coronel médico jefe del Servicio de Cirugía General.

En ellas se destaca que no se trata de un “*simple*” caso de apendicitis sino de un plastrón apendicular evolucionado como lo muestra el que no fuera diagnosticado en los dos centros de salud. En la intervención se encontró un gran plastrón retroperitoneal que implica grandes zonas flemonosas que pueden abscesificarse y determinar una evolución tórpida.

Pese a las instrucciones dadas a la reclamante y a la antibioterapia pautada, la reclamante acudió ocho días después del alta diagnosticándose absceso en Douglas que se drena quirúrgicamente. Destaca que no es infrecuente que en la evolución de los abscesos persista la fiebre y la leucocitosis e incluso aparecer nuevas zonas purulentas. En este caso la reclamante fue seguida y vigilada con una nueva intervención cuando se consideró oportuno logrando la resolución completa.

Considera que la atención en todo momento fue la correcta si bien es habitual la evolución tórpida de los abscesos intraabdominales.

El 27 de septiembre presenta escrito de alegaciones la reclamante en el que critica el informe pericial ya que considera que pretende evitar el llegar a un acuerdo por lo que se reitera en la necesidad de indemnizar 23 días de hospitalización, 60 improductivos y 20 puntos por secuelas estéticas aportando respecto de estas últimas diversas fotografías.

Acompaña también los partes de baja (6 de agosto de 2014) y de alta laboral (20 de octubre de 2014), diversa documentación médica y facturas de farmacia.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución, de 14 de marzo de 2017, en la que propone al órgano competente para resolver estimar parcialmente la reclamación al entender que hubo un inadecuado seguimiento de la reclamante una vez realizado el drenaje endoanal proponiendo una indemnización de 6.137,97 euros.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 10 de mayo de 2017, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de de junio de 2017.

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 superior a 15.000 euros 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.

El dictamen ha sido emitido en el plazo establecido en el artículo 23 del ROFCJA.

**SEGUNDA.-** La 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), en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó en un centro sanitario perteneciente a la Administración General del Estado en virtud del convenio suscrito con la Comunidad de Madrid, siendo de aplicación la disposición adicional 12<sup>a</sup> de la LRJ-PAC.

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 la reclamante recibió el alta hospitalaria el 12 de septiembre de 2014 por lo que la reclamación planteada el 26 de febrero de 2015 está dentro del plazo legal.

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 RPRP se ha incorporado, conforme el artículo 10 del RPRP, el informe del Servicio al 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 a los interesados en el procedimiento.

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

No obstante, ha de ponerse de manifiesto la excesiva duración del procedimiento.

**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 los artículos 139 y siguientes de la LRJP-PAC y, en la actualidad, en las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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 citado artículo 139, 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.-** 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*”.

Igual definición se recoge en la jurisprudencia civil, así la sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª) de 30 de marzo de 2012 (recurso 1050/2009) considera que:

*“(...) es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles”.*

Por ello, la Administración no causa un daño antijurídico si su actuación no ha sido efectiva, pese a haberse aportado los medios necesarios actuando conforme la *lex artis*, tal y como afirma la sentencia del Tribunal

Supremo de 24 de mayo de 2011 (recurso 2192/2010) y la más reciente de 11 de abril de 2014 (recurso 4221/2012).

Como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 18 de marzo de 2016 (recurso 154/2013) recuerda que: *“Las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

La reclamante no aporta prueba alguna al respecto que permita entender que ha existido *mala praxis*. Tan solo un relato marcadamente subjetivo que no permite valorar con certeza la actuación de los servicios sanitarios por lo que habrá que estar tanto a la historia clínica como a los informes médicos emitidos singularmente al de la Inspección Sanitaria.

Entiende la Inspección que hubo un seguimiento inadecuado de la reclamante tras el drenaje del absceso en el fondo de Douglas puesto que, tras el mismo, existían claros signos de que había sido ineficaz, lo que se corrobora al confrontar los datos de la historia clínica en los que se comprueba que entre los días 22 y 25 de agosto hubo una situación de inacción ante una serie de signos que permitían entender que el drenaje del absceso no había logrado plenamente sus objetivos, inacción agravada por las discordancias entre las anotaciones de enfermería y las del personal facultativo.

Frente a esta opinión de la Inspección Sanitaria el informe del jefe del servicio de Cirugía no aporta una respuesta clara sino que se limita a indicar que la decisión de reintervención se adoptó *“cuando se consideró oportuno”* pero no aporta dato alguno que permita entender que esa decisión se tomó

en el momento adecuado ni ofrece explicación de la actuación en los días previos al 26 de agosto, actuación que es criticada por la Inspección.

Ha de recordarse que, respecto del informe de la Inspección Sanitaria, tanto esta Comisión como el Tribunal Superior de Justicia de Madrid vienen destacando su especial fuerza de convicción. Como destaca la sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014):

*“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”.*

Por ello cabe considerar la actuación posterior al drenaje como contraria a la *lex artis* debiendo analizarse a continuación los daños que esa actuación haya ocasionado a efectos de su valoración.

**QUINTA.-** La reclamante realiza dos valoraciones del daño, una en su escrito de reclamación inicial y otra en el trámite de audiencia. En esta última solicita 20 puntos por una ileostomía con repercusión funcional y otros 20 por secuelas estáticas a lo que añade 23 días de hospitalización y 60 días improductivos a lo que añade 1.600 por la realización de una intervención quirúrgica (laparotomía).

Esta última referencia permite entender que la reclamante efectúa la valoración (aun cuando nada manifiesta al respecto) conforme la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de

los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en concreto su artículo 140 que contempla el perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas. Ahora bien, la asistencia sanitaria prestada a la reclamante que motiva la presente reclamación se prestó entre el 7 de agosto y el 12 de septiembre de 2014 por lo que, obviamente, esa norma no es de aplicación teniendo en cuenta que entró en vigor el 1 de enero de 2016 y que su disposición transitoria establece que se aplicará únicamente a los accidentes de circulación que se produzcan tras su entrada en vigor.

Por tanto resulta de aplicación el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.

Por lo anteriormente expuesto la asistencia sanitaria ha de considerarse correcta hasta la realización del drenaje por lo que no cabe indemnización alguna por esa asistencia que respondía a la patología que presentaba la reclamante.

El informe pericial considera que ha de indemnizarse por una Yeyuno-ileostomía parcial o total que según el baremo ha de valorarse entre 5 a 60 puntos según repercusión funcional. No se localiza en su historia una especial repercusión tal y como manifiesta la reclamante y en la asistencia prestada en Atención Primaria no consta que haya acudido por ello (folio 304). Por ello parece razonable la valoración de 5 puntos que efectúa el citado informe pericial.

En cuanto al daño estético puesto que, en todo caso, hubiera sido necesaria la cirugía abierta no procede indemnizar ese daño ya que no hay una relación causal entre el mismo y la actuación sanitaria incorrecta.

En cuanto a la incapacidad temporal, ha de partirse del mismo planteamiento, solo ha de indemnizarse la mayor incapacidad derivada de la

asistencia prestada y no la causada por la patología de base de la reclamante.

Por ello el informe pericial considera que si el periodo medio de incapacidad derivado de una apendicitis es de 60 días solo han de valorarse los 30 días de más que supuso la actuación sanitaria. Ahora bien la reclamante ha aportado los partes de alta y baja laboral de los que resulta que estuvo de baja del 6 de agosto al 19 de octubre. Por ello solo deben valorarse como improductivos los 14 días que exceden de esos 60.

No obstante esta Comisión considera que deben valorarse como días hospitalarios los cuatro días en los que la reclamante no fue correctamente atendida.

En cuanto a los días desde el alta laboral hasta el alta médica definitiva (4 de noviembre) deben valorarse como no improductivos.

Por ello procede efectuar la siguiente valoración de acuerdo con;

- cinco puntos x 864,98 euros = 4.324,9 euros.
- 10 días improductivos x 58,41 = 584,1 euros.
- 14 días no improductivos x 31,43 euros = 440,02 euros.
- 4 días hospitalarios x 71,84 euros = 287,36 euros.

Aplicando un factor de corrección del 10% determina un total de 6.200,01 euros.

La citada cantidad deberá actualizarse conforme el artículo 141.3 de la LRJ-PAC.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la presente reclamación reconociendo una indemnización de 6.200,01 euros que deberá actualizarse conforme el artículo 141.3 de la LRJ-PAC.

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 15 de junio de 2017

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 252/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid