

Dictamen nº: **363/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.09.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 8 de septiembre de 2020, 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 derivados de una intervención de rotura de tendón de Aquiles realizada en el Hospital Central de la Defensa-Gómez Ulla (HCD).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 8 de septiembre de 2017, el reclamante presentó en el registro del Servicio Madrileño de Salud un escrito en el que afirmaba que, el 2 de abril de 2015, jugando un partido de fútbol, tuvo la sensación como si le hubiesen dado con una piedra en el tendón de Aquiles izquierdo.

Acudió a Urgencias del HCD donde le diagnosticaron rotura del tendón de Aquiles izquierdo y procedieron a su ingreso.

Expone que tuvo que esperar hasta el 6 de abril de 2015 para ser intervenido de forma programada. Ese día fue intervenido durante hora y media, más de lo esperado de tal forma que otro doctor que no intervenía

en la operación entró en quirófano para preguntar por la tardanza. Según expone, el citado doctor “*exhaló un suspiro al ver la intervención*”. Por ello el reclamante preguntó si la intervención se había complicado y los cirujanos le dijeron que sí y que habría que reintervenir. Sin embargo, esa situación no se refleja en el informe de alta médica de 8 de abril.

El 14 de abril de 2015 comenzó con las curas y en la segunda semana como consecuencia de la escayola se produce una escara en el calcáneo.

El 8 de junio de 2015 comenzó la rehabilitación sin haberse cerrado la herida y con sangrado. Al enrojecerse la herida y aumentar la temperatura, un doctor procedió el 19 de junio a drenar líquido y tomar una muestra que resultó positiva (23 de junio) para estafilococo áureo dorado típico de contagios hospitalarios y muy resistente a los antibióticos.

El 20 de junio comenzó tratamiento hiperbárico pero, como consecuencia de la infección, se le dio de baja al igual que del tratamiento rehabilitador.

Al presentar fiebre acudió el 25 de junio al traumatólogo y en la sala de curas le suturan la herida y le “*oprímen para sacar la infección*” siendo ingresado de nuevo.

El 29 de junio es intervenido para limpieza de herida e implantación de VAC (terapia por vacío) por dehiscencia de la herida quirúrgica. Permanece ingresado durante 60 días en los cuales es atendido por Medicina Interna y Cirugía Plástica.

En septiembre retoma el tratamiento hiperbárico y se realizan dos cultivos que resultan negativos. No obstante, se realizó un cultivo el 14 de septiembre que resultó positivo para pseudomona fluorescens que fue tratada con éxito con levofloxacino. Aporta “*fotografías de la mencionada infección*”.

No obstante, la herida siguió abierta, pero sin exposición del tendón, no siendo hasta finales de julio de 2016 cuando Cirugía Plástica intervino para cerrar la herida puesto que había vuelto a padecer infección por estafilococo áureo dorado.

El 24 de julio de 2016 fue intervenido para desbridamiento de herida y plastia de cierre.

En la consulta de Rehabilitación de 28 de marzo de 2017 se confirma que la herida está completamente cerrada y curada por la intervención descrita en el punto precedente.

El reclamante afirma que la reclamación está en plazo puesto que hasta que la herida no quedó totalmente cerrada no comenzó el cómputo a lo que se suma el que, hasta que no ha sido dado de alta de rehabilitación, no pudo determinar las secuelas por falta de movilidad.

Considera que concurren los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración y reclama una indemnización que no cuantifica.

Aporta diversa documentación médica y fotografías de la herida.

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

El 2 de abril de 2015 el reclamante, nacido en 1956, acude a Urgencias del HCD por sensación de “*pedrada*” al practicar deporte. Se diagnostica rotura aguda de tendón de Aquiles izquierdo y se procede a su ingreso hospitalario (folio 60).

Firma los consentimientos informados para anestesia (folios 182-183) y para rotura de tendón de Aquiles (folios 188-189). En este último se recoge como riesgo típico la infección de la herida.

Es intervenido el 6 de abril realizando tenorrafia del tendón de Aquiles izquierdo con sutura tipo Krakow más marco de Kessler mediante cirugía abierta. Se inmoviliza con férula posterior genupédica y pie en equino. La evolución es satisfactoria por lo que recibe el alta el día 8 de abril de 2015 (folios 64, 163, 170).

El 14 de abril la herida presenta signos de sufrimiento cutáneo en 1/3 distal. El 28 de abril no está completamente cicatrizada en su 1/3 distal y con flictenas hemorrágicas. El 30 de abril presenta dehiscencia y el 19 de mayo se anota que la herida no cierra.

El 22 de junio de 2015 comienza terapia hiperbárica y el 23 de junio (folio 67) se detecta estafilococo áureo resistente a la meticilina.

El 25 de junio presenta mala evolución de herida con abscesos que se drenan y es ingresado. Se pauta piperacilina, tazobactam y clindamicina (folio 66).

El 26 de junio firma consentimiento informado para lavado de herida quirúrgica y colocación de VAC (folios 263-264) así como para anestesia (folios 267-268).

El 1 de julio se realiza ecografía que muestra área de 3 cm de desestructuración tendinosa coincidiendo con la herida cutánea con continuidad de las suturas quirúrgicas y con importantes cambios inflamatorios peritendinosos (folio 262).

El 9 de julio está estable y se recambia el VAC. Se modifica el tratamiento por linezolid, ranitidina y prodefen (folio 74).

El 14 de julio es objeto de interconsulta por lesiones exantemáticas compatibles con dermatitis irritativa que no impresionan de toxicodermia medicamentosa.

Al presentar *rash*, el 15 de julio se modifica el tratamiento y lo mismo se realiza el 29 de julio al presentar infección por *cándida*. Es valorado por Cirugía Plástica pero el 5 de agosto persiste la infección. Aparece en resonancia extensa miositis del soleo (folio 92).

Al día siguiente se anota que no hay apariencia clínica de miositis, por lo que se comentará con Cirugía Plástica para obtener muestra muscular y depurar etiología infecciosa.

El 19 de agosto, ante la buena evolución, se comenta con Cirugía Plástica ya que no precisará plastia por lo que se recomienda retirar cotrimoxazol si el cultivo sigue negativo (folio 115, 220).

El 24 de agosto de 2015 recibe el alta del tratamiento hiperbárico, habiendo recibido 30 sesiones de 75 min de duración.

Fue dado de alta el 24 de agosto de 2015 con revisiones y curas periódicas.

El 30 de diciembre de 2015 comenzó tratamiento rehabilitador pero, al no estar cerrada la herida, se suspende si bien es objeto de revisiones hasta el 23 de septiembre de 2016 en que comienza el tratamiento con láser que se suspende el 8 de noviembre de 2016.

El 2 de marzo de 2016 es visto por Cirugía Plástica remitido por Rehabilitación. Se anota que presenta herida sin exposición tendinosa y tejido de granulación en el lecho son signos de sobreinfección que es objeto de curas cada dos semanas. Se decide revisión en un mes para valorar colgajo regional sural o peroneo (folio 142).

El 26 de julio es intervenido por Cirugía Plástica realizando desbridamiento y plastia de cierre previa firma de consentimientos informados de anestesia (folios 352-353) y de cierre de herida (folios 360-361).

Recibe el alta al día siguiente (folio 146, 346).

En las revisiones de Rehabilitación de 20 de enero y 28 de marzo de 2017 se anota que no precisa tratamiento rehabilitador. Finalmente es dado de alta por ese servicio el 30 de mayo de 2017 (folios 130-131).

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.

El 19 de septiembre de 2017 la instructora solicita al HCD que remita la historia clínica del reclamante y el informe del servicio al que se atribuye el daño.

Por medio de escrito de 6 de octubre de 2017 emite informe el teniente coronel jefe de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del HCD en el que expone el tratamiento que prestaron al reclamante que fue dado de alta el 12 de septiembre de 2016 con entera satisfacción como lo muestra la felicitación que remitió a ese Servicio donde recoge su “*profundo y eterno agradecimiento*”.

Se adjunta copia de ese escrito de felicitación (folios 43-45) en el que se felicita a determinadas personas de los Servicios de Traumatología, Medicina Interna, Asistencia Social, Cámara Hiperbárica, Sala de Curas Crónicas, Cirugía Plástica y Rehabilitación.

El 4 de septiembre de 2017 emite informe el jefe de Servicio de Calidad y Medicina Preventiva en el que se limita a indicar que consta en la historia clínica el aislamiento del paciente y que el 14 de julio de 2015

un facultativo se puso en contacto con ese servicio para informarse de cuando se puede retirar un aislamiento, indicándole que son precisos tres cultivos negativos.

El 23 de octubre de 2017 emite informe el jefe de Servicio de Medicina Interna en el que expone su actuación en relación a la infección de la herida quirúrgica que presentó una evolución tórpida.

El 27 de octubre de 2017 el jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología emite informe en el que relata la asistencia prestada. Destaca que en la intervención se administró cefaxolina como profilaxis perianestésica y, al no existir ninguna incidencia en el postoperatorio, fue dado de alta el 8 de abril de 2015.

En las revisiones posteriores se observó mala evolución de la herida con dehiscencia y, al presentar infección, se contactó con Medicina interna/Infecciosas. Se informó al reclamante que, si la dehiscencia no mejoraba con el tratamiento hiperbárico, precisaría tratamiento por Cirugía Plástica para el cierre de la herida. Posteriormente sufrió nueva infección que precisó ingreso hospitalario con tratamiento VAC. Fue valorado por Rehabilitación y Cirugía Plástica. El 21 de septiembre de 2015 presentó nueva infección que fue tratada por Medicina Interna y recibe tratamiento hiperbárico y rehabilitador. Es visto por Cirugía Plástica que finalmente interviene el 26 de julio de 2016.

Concluye afirmando que, en función de los factores de riesgo a asumir, considera que hay concordancia entre el tratamiento indicado en cada momento de la práctica médica y el criterio diagnóstico a aplicar como consecuencia de su actividad asistencial como facultativo en Traumatología y Cirugía Ortopédica.

El 1 de marzo de 2018 emite informe la Inspección Sanitaria.

Considera que en las intervenciones por rotura del tendón de Aquiles las complicaciones no son raras, alcanzando un 15,1 % de los casos. Es más, la infección del tendón puede poner en peligro el miembro o incluso la vida.

Concluye que la infección de la herida quirúrgica es un riesgo habitual de este tipo de lesiones y se encontraba prevista en el consentimiento informado firmado por el paciente.

Por todo ello considera que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis*.

El 1 de agosto de 2018 se concede trámite de audiencia al reclamante y al HCD. Se reitera la audiencia al reclamante el 3 de diciembre de 2018 constando su notificación el 18 de diciembre.

No consta la presentación de alegaciones.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución, de 12 de agosto de 2019, en la que se propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al considerar la actuación sanitaria acorde a la *lex artis*.

Solicitado el dictamen de esta Comisión con fecha 18 de octubre de 2019, se emitió el Dictamen 471/19, de 14 de noviembre, que consideró necesaria la retroacción para que el Servicio de Medicina Preventiva informase sobre las medidas adoptadas para la prevención de tales infecciones.

El 25 de noviembre de 2019 emite informe (folios 423-424) la jefa del Servicio de Medicina Preventiva del HCD. En el mismo destaca que en el HCD existe el protocolo de actuación para la vigilancia de los pacientes infectados/colonizados por estafilococos áureos resistentes a la meticilina (SARM) que tiene por objeto limitar la diseminación de estos microorganismos entre los pacientes hospitalizados, lograr la detección

precoz de los pacientes portadores de estas bacterias y la realización de medidas de aislamiento y control. Asimismo, el HCD tiene protocolo para la prevención de la herida quirúrgica.

En concreto y respecto del caso concreto del reclamante destaca que en el alta el 8 de abril de 2015 la herida no presentaba signos de infección quirúrgica y tampoco en las revisiones posteriores. Destaca que en la revisión de 28 de abril de 2015 el reclamante presentaba una úlcera de decúbito en talón que no existía en la cura anterior.

En la cura de 16 de junio se observa una evolución tórpida de la dehiscencia de la herida quirúrgica y el 19 de junio se toma una muestra que es remitida a Microbiología y se informa como abundante crecimiento de SARM sensible a clindamicina.

Por todo ello concluye que dado que el alta se produjo el 8 de abril de 2015 y los primeros signos de infección no aparecen hasta el 16 de junio de ese año no se puede considerar la infección como nosocomial.

Con fecha 6 de febrero de 2020 (folios 392-398) emite una ampliación de informe la Inspección Sanitaria en el que considera que tanto la profilaxis antibiótica en el momento de la intervención quirúrgica como el tratamiento posterior al drenar el material purulento y cursar el ingreso hospitalario para iniciar tratamiento con antibioterapia intravenosa fueron acordes con lo que indica la bibliografía científica por lo que entiende que la actuación del HCD se ajustó a la *lex artis*.

El 27 de febrero de 2020 se concedió trámite de audiencia al reclamante y al HCD sin que conste la presentación de alegaciones.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 14 de julio de 2020, correspondiendo su estudio, por

reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 8 de septiembre de 2020.

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).

La normativa aplicable es la recogida en la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

SEGUNDA.- El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera deficiente.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HCD que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid en virtud del concierto existente entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad. La

sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 7 de febrero de 2013 (recurso 803/2010) reconoce expresamente esa legitimación cuando se trata de centros concertados.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En estos casos, el criterio determinante suele ser el alta médica, así la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de abril de 2013 (rec. 3087/20112) que, en este caso, aplicando el criterio más favorable para el reclamante sería el alta de 27 julio de 2016 del Servicio de Cirugía Plástica, con lo cual la reclamación estaría prescrita.

Ahora bien, esta Comisión viene manteniendo, aun conociendo la existencia de jurisprudencia en sentido contrario, así sentencias de 10 de mayo de 2011 (rec. 3301/2007) o la de 11 de abril de 2018 (rec. 77/2016), que los tratamientos de rehabilitación permiten, en ocasiones, fijar el *dies a quo* hasta el momento en que finaliza el tratamiento rehabilitador porque no es sino entonces cuando se conoce la extensión del daño. En este caso, además, ello se ve reforzado por cuanto el tratamiento rehabilitador utilizó laser para lograr la cicatrización de la herida que se suspendió el 8 de noviembre de 2016, es decir, estamos ante un tratamiento que no solo persigue mejorar la calidad de vida del paciente o evitar complicaciones, sino que incide directamente en la curación de la herida. Por ello, atendiendo a esa fecha como la más favorable al reclamante, cabe tener por presentada en plazo

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, de acuerdo con lo dispuesto

en el artículo 81 de la LPAC han emitido informes por los Servicios de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina Interna y Calidad y Medicina Preventiva. Consta asimismo la historia clínica del HCD. Tras el Dictamen 471/19 el Servicio de Medicina Preventiva ha ampliado su informe.

Se ha solicitado el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado ya expuesto y se ha concedido trámite de audiencia al reclamante y al centro concertado.

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 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.- La reclamación considera que la actuación del HCD fue incorrecta al no prevenir y tratar adecuadamente una infección de la herida quirúrgica tras una intervención quirúrgica por rotura del tendón de Aquiles.

Han de examinarse esos reproches sobre la base del material probatorio contenido en el expediente administrativo.

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 no aporta ningún elemento probatorio de tal forma que ha de estarse a los informes obrantes en el expediente, tanto de los servicios implicados como de la Inspección Sanitaria.

Esta Comisión viene recordando que el valor del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes es fundamental, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016). A ello se suma el que las explicaciones ofrecidas por los facultativos del HCD son convincentes y desvirtúan las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación.

Es de destacar que la historia clínica pone de relieve que el alta de la operación se produjo el 8 de abril y la aparición de la infección no tuvo lugar hasta mediados de junio.

El diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina define la infección nosocomial como la “*infección contraída por el paciente durante la hospitalización, que no se halla presente o en período de incubación en el momento de su ingreso en el establecimiento sanitario*”. Tal y como ponen de relieve el informe del Servicio de Medicina Preventiva y el de la Inspección Sanitaria no nos hallamos ante una infección nosocomial puesto que los signos de infección aparecieron dos meses después del alta.

Ahora bien, una infección nosocomial/hospitalaria no hace surgir sin más la responsabilidad patrimonial de la Administración, sino que, como reconoce la reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2020 (rec. 508/2018) *“la responsabilidad patrimonial por la infección nosocomial no nace de su sola existencia, sino de su atribución a un deficiente funcionamiento del servicio sanitario por no haberse utilizado los medios disponibles en el hospital para evitarla”*.

En este caso los informes de los Servicios y la propia historia clínica recogen los mecanismos adoptados para prevenir tales infecciones por lo que, incluso si se calificara como tal, no existiría una responsabilidad de la Administración por tal hecho.

Por el contrario, debemos concluir que se trató de una infección de la herida quirúrgica contraída de forma extrahospitalaria.

A este respecto ha de destacarse que el consentimiento informado firmado por el reclamante el 3 de abril de 2015 (folios 188-189) recogía como uno de los riesgos típicos de la intervención la *“infección de la herida”*.

Por tanto, se trataba de una complicación probable de la intervención quirúrgica cuya posibilidad de producción fue asumida conscientemente por el reclamante lo que excluye la responsabilidad patrimonial de la Administración, tal y como recoge la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de octubre de 2019 (rec. 681/2017) sin que el reclamante haya aportado ningún elemento que permita establecer que haya existido mala praxis en la realización de la intervención.

Por otro lado, la actuación del HCD ante la aparición de la infección fue adecuada sin estimar medios tal y como lo prueban los elogios del reclamante.

En definitiva, ha de indicarse que no concluyen los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al haberse actuado con arreglo a la *lex artis ad hoc*.

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 8 de septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 363/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid