

Dictamen n°: **610/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **04.10.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 4 de octubre de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero 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. (en adelante, “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, al considerar deficiente la asistencia dispensada en el Hospital Universitario del Henares cuando acudió a Urgencias con una inflamación en la mama izquierda.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro general del Ayuntamiento de San Fernando de Henares el día 23 de octubre de 2019, la persona citada en el encabezamiento de este dictamen dice formular una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con la asistencia sanitaria recibida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Henares, al que acudió el 4 de octubre de 2019.

La reclamante refiere en su escrito que el citado día acudió a Urgencias por una inflamación bastante aguda de la mama izquierda,

siendo atendida por una ginecóloga, a la que identifica, quien, *“tras una exploración manual y alguna pregunta, no consideró pertinente hacer ningún tipo de prueba, sin prescribir ningún fármaco, añadiendo que tomara algún antiinflamatorio”*.

La interesada señala que, dado que su dolor y apariencia del pecho eran alarmantes, le insistió en que le realizara otra prueba, pero se negó y la derivó a consulta de un especialista, sin ningún tipo de prioridad, recibiendo cita para el día 2 de diciembre 2019.

Según el escrito, *“ante la pasividad recibida por el Hospital del Henares acudió a su médico de cabecera, que le recomendó urgentemente acudir a una clínica para un diagnóstico de imagen, así como prescripción de antibiótico ante una posible infección”*.

La reclamante afirma que aquello que la doctora no consideró urgente, se convirtió en una intervención quirúrgica, ante la presencia de un seroma, ocasionado por una rotura de prótesis mamaria, de carácter urgente.

Por ello, considera que hubo mala praxis en la atención de la doctora de Urgencias, por lo que se vio obligada a acudir a la sanidad privada para recibir un diagnóstico, y pagar por ello, de modo que solicita el reintegro de los gastos correspondientes.

La reclamante no determina el importe de la indemnización solicitada, aunque afirma que dispone de facturas, fotos e informes para acreditar los gastos.

El escrito de reclamación no se acompaña de documentación alguna (folios 1 a 3 del expediente).

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

Se trata de una paciente de 29 años en el momento de los hechos, que el 4 de octubre de 2019 es atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Henares por *“inflamación mamaria izquierda desde esta mañana, con dolor desde hace un par de días. No refiere fiebre ni antecedente traumático”*. En el informe se consigna como antecedente personal prótesis mamaria bilateral hace 11 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes ginecológicos: nuligesta. Fecha de última regla: 26 de septiembre de 2019. Método anticonceptivo: barrera.

En la exploración física se objetiva buen estado general. Prótesis mamaria bilateral. Mamas normocoloreadas, con asimetría a expensas de aumento de tamaño mama izquierda. No se palpan nódulos ni áreas de aumento de densidad asimétrica, ni irregularidades ni distorsiones. Sin aumento de temperatura local ni otros signos de mastitis. Sin alteraciones de piel ni de complejo areola-pezones.

Juicio diagnóstico: sin patología ginecológica urgente en ese momento. Asimetría mamaria. Control en consulta de Ginecología. Con el fin de que pueda recibir una correcta atención médica, se informa a la paciente que la impresión clínica se basa en un estudio de urgencia que no presupone un diagnóstico definitivo. Éste deberá establecerlo su médico de Atención Primaria (junto a sus especialistas si fuera preciso), a quien deberá acudir lo más precozmente posible con el presente informe.

El mismo día, se hace constar en la historia clínica de Atención Primaria del Centro de Salud San Fernando lo siguiente: *“refiere notarse el pecho inflamado, acudió a Urgencias para valoración y dejan pendiente eco. Inflamación a la exploración evidente, con signos de posible infección. Plan: cefurexima 500”*.

Con fecha 7 de octubre de 2019 se hace constar en la historia clínica de Atención Primaria del Centro de Salud San Fernando *“acudió a especialista con rotura de prótesis mamaria”*. En este día se procedió a la emisión de parte de baja por contingencias comunes.

El 28 de octubre de 2019 acude de nuevo a consulta de Atención Primaria en el citado centro de salud, haciéndose constar que *“persiste leve seroma con enrojecimiento leve en cuadrantes externos, refiere tener tensión sin dolor. Biopsia de mama bajo control ecográfico negativa para células malignas”*.

Con fecha 8 de noviembre de 2019, se recoge en la historia clínica de Atención Primaria del Centro de Salud San Fernando *“problema con la dispensación de cefuroxima (le dieron zinnat), solicita a requerimiento de fármaco zinnat. Mejora clínica, refiere molestia que define como tirantez, aconsejo inicio de ejercicios pasivos de músculos pectorales”*.

El 15 de noviembre de 2019 se procedió a la emisión de parte de alta por contingencias comunes (incapacidad temporal de 40 días) del proceso de mastitis inflamatoria.

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

Se incorporó al expediente la historia clínica de la paciente y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Henares, emitido el 26 de febrero de 2020, en el cual, tras relatar la asistencia dispensada a la paciente por el referido servicio, se señala que *“1.-El día que acudió a Urgencias y fue atendida no presentaba signos de infección: no presentaba fiebre (temperatura de 36.7° C) y a la exploración no existían datos de mastitis*

(no existía eritema ni aumento de temperatura local de la mama), por lo que no se prescribió antibioterapia, ya que se descartó la infección como diagnóstico principal.

2.-No se realizó ninguna prueba de imagen mamaria con carácter urgente pues no se realizan en el centro salvo que sospechemos un absceso y precise drenaje.

3.-Fue derivada a consulta de Ginecología con carácter normal, ya que de la exploración realizada no se derivó necesidad alguna de derivación urgente.

3.-La rotura de prótesis no es una situación urgente”.

Posteriormente, con fecha 4 de junio de 2021, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada a la paciente en el Hospital Universitario del Henares.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 2 de marzo de 2022, se dio traslado del expediente para alegaciones a la reclamante, sin que conste la presentación por su parte de escrito alguno.

Finalmente, el 8 de agosto de 2022 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formula propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 1 de septiembre de 2022, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió el estudio del presente expediente 552/22 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 4 de octubre de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y por solicitud de órgano legitimado para ello, de conformidad con el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte, se ha realizado conforme a lo dispuesto en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

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

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, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, la reclamante reprocha la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario del Henares cuando acudió a Urgencias el 4 de octubre de 2019. Por lo tanto, la reclamación, formulada el día 23 de octubre de 2019, está presentada dentro del plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las secuelas.

En lo concerniente al procedimiento, se ha incorporado la historia clínica de la paciente y se ha recabado el informe del centro implicado en el proceso asistencial de la reclamante, contra el cual dirige sus reproches. Así, consta en el expediente el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Henares. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, se ha dado traslado del expediente a la reclamante para alegaciones y, posteriormente, se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

En suma, pues, 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 o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española 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 LRJSP, 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".

Según abundante y reiterada jurisprudencia, 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, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el 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 (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), 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».

CUARTA.- Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, la reclamante reprocha que, tras acudir a Urgencias del Hospital Universitario del Henares con una inflamación bastante aguda de la mama izquierda, no se le realizó ninguna prueba y, simplemente, fue derivada a consulta de un especialista, sin ningún tipo de prioridad, viéndose obligada, según afirma, a acudir a la sanidad privada, donde hubo de ser intervenida de modo urgente.

En definitiva, cabría inferir de su escrito que el daño que alega consiste en los gastos que ha tenido que afrontar al recurrir a la sanidad privada, ante la supuesta negligencia en la atención sanitaria dispensada en el centro asistencial público.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar tal reproche partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

Pues bien, en este caso la reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno. Más aun, tampoco ha aportado al

procedimiento justificación documental de los supuestos gastos que ha tenido que afrontar al acudir a la sanidad privada.

En todo caso, en relación con la atención dispensada por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Henares y el reproche acerca de la ausencia de pruebas complementarias para un adecuado diagnóstico, ante la inflamación que padecía la reclamante, como afirma el citado servicio en su informe y corrobora la Inspección Sanitaria *“fue derivada a consulta de Ginecología con carácter normal, ya que de la exploración realizada no se derivó necesidad alguna de derivación urgente”*.

Cabe recordar que el diagnóstico clínico se realiza en función de los síntomas que presenta el paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final. En el presente supuesto, como se hace constar en la historia clínica, realizada a la paciente la correspondiente exploración física, *“no se palpan nódulos ni áreas de aumento de densidad asimétrica, ni irregularidades ni distorsiones. Sin aumento de temperatura local ni otros signos de mastitis. Sin alteraciones de piel ni de complejo areola-pezones”*, por lo que, como recoge la propia Inspección en su informe, *“el día que acudió a Urgencias no presentaba signos de infección y en la exploración no existían datos de mastitis, por ello no se consideró la opción farmacológica de cobertura antibiótica al descartarse la infección dentro del diagnóstico principal. Igualmente, no se realizó ninguna prueba de imagen mamaria con carácter urgente pues según el protocolo establecido para las diversas circunstancias clínicas concretas no contemplaba la objetivada como situación de urgencia, reservándose dichas pruebas para sospecha de un posible absceso que pueda precisar drenaje”*.

En este sentido, también conviene recordar que, como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en su dictamen

29/20, de 30 de enero, la función de los servicios de Urgencias va dirigida a las patologías urgentes. Así se manifiesta el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Esta norma contiene, en su anexo IV, la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia, que se define como *“aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”* de tal forma que concreta que *“una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial”*.

En este caso, incluso, en el propio informe de alta de Urgencias del citado 4 de octubre de 2019 se hace constar expresamente que *“con el fin de que pueda recibir una correcta atención médica, se informa al paciente que la impresión clínica se basa en un estudio de urgencia que no presupone un diagnóstico definitivo. Éste deberá establecerlo su médico de Atención Primaria (junto a sus especialistas si fuera preciso), a quien deberá acudir lo más precozmente posible con el presente informe”*.

Finalmente, y por lo que se refiere al reembolso de gastos de la asistencia sanitaria prestada en un centro sanitario privado, debe tenerse en cuenta una reiterada doctrina de esta Comisión Jurídica Asesora (vgr. dictámenes 248/16, de 30 de junio; 451/16, de 6 de octubre; 21/19, de 24 de enero; 457/19, de 7 de noviembre; 153/21, de 6 de abril; 238/21, de 18 de mayo; entre otros) viene indicando que las sentencias de los tribunales de lo contencioso-administrativo reconocen el derecho de los pacientes a ser indemnizados en la cuantía de los gastos realizados por tener que acudir a la medicina privada, siempre y cuando, ante la pasividad o falta de diligencia de la sanidad

pública, el enfermo no haya tenido más alternativa, para obtener solución a su dolencia, que acudir a la sanidad privada (vid. por todas, la Sentencia núm. 699/2007, de 31 de mayo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª, nº de recurso: 174/2004).

En el presente caso, es preciso partir de que, como recoge la Inspección Sanitaria en su informe, en relación con la situación individual de la paciente, portadora de una prótesis mamaria, *«se ha de considerar la normativa vigente, en primer lugar para la prestación ortoprotésica (Real Decreto I030/2006) donde se contempla la implantación de prótesis mamarias como prestación ortoprotésica siempre que “guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita”. Así, la implantación de prótesis mamarias con finalidad estética no está incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud siendo esto también aplicable a la atención sanitaria subsiguiente a la realización de una intervención quirúrgica de carácter estético y a las posibles complicaciones que puedan aparecer con posterioridad»*.

Resulta, por tanto, improcedente el reembolso de gastos de la supuesta intervención realizada en la sanidad privada, al no concurrir los requisitos que establece la jurisprudencia para reconocer el abono de los gastos efectuados ni tampoco puede entenderse que haya existido una urgencia vital en los términos del artículo 4.3 del citado Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, concepto interpretado restrictivamente por los tribunales del orden social [vid. Sentencia del Tribunal Supremo (Sala cuarta) de 25 de mayo de 2009 (recurso 2/2008) y Sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de

Justicia de Asturias, de 7 de mayo de 2019 (recurso de suplicación 144/2019)].

La última sentencia citada aclara que, las principales normas reguladoras del reintegro de gastos por asistencia sanitaria, sientan la regla general según la cual *«las prestaciones del Sistema Nacional de Salud las proporciona el Servicio Público de Salud con sus medios y si el beneficiario prescinde de estos, no tiene derecho al reintegro de los gastos surgidos. Responde a la prevalencia del interés colectivo sobre el individual. Las excepciones a la regla son las situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél.*

En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción” y precisa “dentro del concepto de asistencia sanitaria “urgente, inmediata y de carácter vital” se incluyen los supuestos de peligro de muerte inminente y los de riesgo de pérdida de funcionalidad de órganos de suma importancia para el desenvolvimiento de la persona; además, no es condición necesaria que la persona en esa situación de riesgo haya de ser necesariamente intervenida ipso facto [sentencia del Tribunal Supremo, Sala Cuarta, de 31 de enero de 2012 (rec. 45/2011) con el complemento de las dictadas el 20 de octubre de 2003 (rec. 43/2002) y 17 de diciembre de 2003 (rec. 63/2003)]. Siguiendo los criterios del Alto Tribunal, cabe incluir dentro de los supuestos de urgencia vital los de sufrimientos intolerables y continuados o de lesiones graves en las que la demora en el tratamiento origine unos daños irreparables en órganos o funciones esenciales».

En este caso ni la vida de la paciente corría peligro ni la situación era urgente, pues, además, no hay constancia en el expediente ni la

reclamante ha acreditado que la eventual intervención en la sanidad privada hubiera de realizarse con tal premura.

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que la asistencia sanitaria dispensada a la paciente fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*, conclusión a la que debemos atenernos, dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen 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, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada a la paciente en el Hospital Universitario del Henares.

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 4 de octubre de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 610/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid