

Dictamen n.º: **512/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.10.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión 8 de octubre de 2025, sobre la consulta formulada por la consejera 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 derivados del fallo de la anestesia, durante la intervención de reconstrucción de mama realizada, lo que provocó un despertar intraoperatorio.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 8 de mayo de 2024, tuvo entrada en el registro del Servicio Madrileño de Salud, reclamación presentada por la persona citada en el encabezamiento del dictamen, de 34 años, en relación con la asistencia sanitaria recibida en la intervención quirúrgica de reconstrucción de la mama derecha, realizada el 8 de mayo de 2023, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Según el escrito, el 13 de marzo de 2023 acudió al citado hospital a consulta de preanestesia, tras ser diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante en la mama derecha, siendo la valoración de apta para ser intervenida de reconstrucción de mama, después de los estudios y

recomendaciones oportunos. Refiere que el 8 de mayo de 2023 se sometió a cirugía de segundo tiempo de reconstrucción de mama, implantándose prótesis mamaria mediante capsulotomía inferior y capsulorrafia superior.

Señala que en la intervención se produjo un error en la práctica de la anestesia, siendo consciente de la operación, percibiendo gran dolor, sin poder moverse, ni hablar, hasta que fue anestesiada nuevamente.

Añade, que el 21 de marzo de 2024 acudió al Centro de Salud de Villaviciosa de Odón por ansiedad, siendo derivada al Servicio de Psicología por la situación vivida en el despertar intraoperatorio, que le hizo ser consciente de la operación, en la que se salió de la vía el miembro inferior por mala colocación, lo que le produjo mucho dolor, sin poder abrir los ojos, ni expresarse, ni moverse, pese a escuchar al equipo médico. Indica que la consecuencia fue un cuadro de ansiedad, que le dificulta volver a someterse a procedimientos quirúrgicos, o pruebas médicas necesarias para el correcto control de la enfermedad oncológica que padecía.

Por lo indicado, la reclamante solicita una indemnización de 31.000 €, sin aportar documentación adicional al efecto.

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

La paciente padeció un carcinoma en mama derecha en 2019, con resultado de mastectomía y tratamiento de tamoxifeno a fecha de noviembre de 2023, según historia clínica.

A los efectos de la reclamación, el 8 de mayo de 2023, la paciente se somete a una cirugía programada de segundo tiempo para reconstrucción mamaria. Conforme obra en el informe anestésico intra operatorio (folios 41 a 46 del expediente), se produjo un incidente anestésico: “*Salida*

accidental de la vía en MSI probable despertar intraoperatorio. Retraso de la cirugía por disponibilidad personal, material, otros.... Problemas de seguridad. (...). PROBABLE DESPERTAR INTRAOPERATORIO” (folio 43 del expediente).

Añade el informe indicado:

“Situación clínica del paciente a la salida del quirófano:

Neurológico: Despierto bajo efectos anestésicos”.

El jefe del Servicio de Anestesia y Reanimación del hospital corrobora el incidente, en nota interna de 29 de mayo de 2024 (folio 100 del expediente), en concreto, se reconoce lo siguiente:

“Tras hablar con el anestesista implicado me confirma el hecho de que la paciente pudiera sufrir un despertar intraoperatorio. La causa fue la extravasación del catéter intravenoso y la razón es que la colocación de la paciente se realiza con los brazos a lo largo del cuerpo estando sujetos por una sábana que impide que se mueva durante la cirugía. Esto es debido a que el equipo quirúrgico se coloca a ambos lados de la paciente, lo que impide la posición habitual de brazos en cruz de otras cirugías. Al estar ocultos los miembros superiores por los paños quirúrgicos no es posible visualizar la adecuada colocación del catéter durante todo el procedimiento y puede suceder, como parece que fue en este caso, que el cirujano situado a la izquierda (lugar donde estaba el catéter) se apoyara o deslizará sobre el brazo de la paciente despegando por accidente el apósito que sujetaba el catéter. Tal y como es habitual y viene recogido en la historia clínica, la monitorización empleada incluyó el BIS, monitor de profundidad anestésica. La elevación de los valores del BIS, que implican el despertar de la paciente, alertó al anestesista, por lo que solicitó a los cirujanos que pararan de operar, comprobó la vía detectando su salida

de la vena e inició una anestesia basada en la administración de gases en un intento de que la paciente no fuera consciente de lo que estaba pasando. A continuación, canalizó otra vía intravenosa. Desgraciadamente la paciente tuvo consciencia de lo que había sucedido y aunque la anestesia continuó sin incidencias, este recuerdo no se borró. El anestesista habló con la paciente tras el procedimiento para explicarle lo sucedido y su pesar por el accidente”.

El 21 de marzo de 2024, la paciente acude al Centro de Salud de Villaviciosa de Odón, siendo derivada al Servicio de Psicología por cuadro de ansiedad relacionado con lo vivido durante la operación. El 17 de abril de 2024, acude de nuevo por palpitaciones, se le realiza un electrocardiograma.

Desde el 20 de noviembre de 2024, la paciente acude a consultas de Psicología Clínica en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, con entrevista diagnóstica efectuada el 19 de diciembre de 2024.

Conforme refleja en el Informe del Servicio de Psiquiatría del citado hospital, de fecha 17 de diciembre de 2024, *“la paciente refiere que en días posteriores sintió temor a cerrar ojos, no pudiendo apagar luz. Señala que desde entonces ha tenido múltiples visitas médica y que ha tenido algunos problemas sensitivos. Refiere que ha tenido pesadillas relacionadas con la cirugía, el quirófano o el dolor o la asistencia sanitaria. Señala que las pesadillas las tiene desde 3-4 meses después de la cirugía.*

En la entrevista diagnóstica del 19/12/2024 se describe la identificación de la situación, los síntomas de reexperimentación, las conductas de evitación, las alteraciones en cognición y estado de ánimo, las alteraciones en la activación y reactividad. Los síntomas de la paciente indican un vínculo directo con el evento, junto con la naturaleza específica de la reexperimentación, evitación y alteraciones del estado de ánimo y la cognición, y el tiempo transcurrido desde la operación orientan hacia TEPT. Se mantiene el juicio clínico de F43.11-Trastorno por estrés postraumático.

En el informe del 20/12/24 se recopilan antecedentes, situación basal, motivo de consulta, evaluación psicológica, exploración psicopatológica, el diagnóstico y el plan de tratamiento.

COMENTARIOS:

La paciente fue informada sobre su diagnóstico por parte de psicología clínica y el plan terapéutico. Los objetivos terapéuticos propuestos fueron:

- reducción de la intensidad y frecuencia de los síntomas intrusivos.*
- desarrollo de estrategias efectivas de regulación emocional que permitan manejar la ansiedad, el miedo y la hiperactivación asociada a temas sanitarios y de salud.*
- reducción de las conductas de evitación”.*

La paciente es derivada a Psicología Clínica del propio hospital para iniciar programa de intervención psicológica, con primera cita programada el 21 de enero de 2025.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo a la LPAC.

Mediante diligencia de 3 de julio de 2024 se comunicó a la reclamante, la iniciación del procedimiento, requiriendo a la reclamante al amparo del artículo 67.2 de la LPAC, la presentación de informe médico relativo al daño ocasionado a la paciente en relación con su salud mental, como consecuencia del incidente, informándole del sentido desestimatorio de su pretensión caso de no aportar la documentación señalada, así como del sentido desestimatorio del silencio que eventualmente recayera, por el trascurso de 6 meses, contados desde la fecha de la incoación – folio 102-

La paciente responde el 18 de julio de 2024 al requerimiento efectuado, recordando que los informes médicos requeridos constan en su historial clínico, por lo que no aporta documentación adicional a efectos de defensa de su pretensión.

Por otro lado, consta acuse de recibo de 28 de junio de 2024 de la aseguradora del SERMAS de la recepción de la reclamación.

A su vez, se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la asistencia a la paciente a cargo del Hospital Universitario Ramón y Cajal. En el citado Informe del Servicio de Anestesia y Reanimación de fecha 29 de mayo de 2024, consta reconocido el incidente anestésico que causó su despertar durante la operación.

Asimismo, en la historia clínica consta informe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Rey Juan Carlo de 20 de noviembre de 2024, sobre las causas del cuadro de estrés post traumático que ha desarrollado la paciente tras la intervención.

Interesada la reclamante el 10 de octubre de 2024 sobre el estado del procedimiento, el jefe de área de Responsabilidad Patrimonial en el Ámbito Sanitario le confiere trámite de audiencia por 15 días mediante diligencia de 18 de octubre de 2024, para que formule alegaciones al expediente instruido (folio 112).

La reclamante formula alegaciones mediante escrito de 12 de noviembre de 2024 en el que reitera su reclamación, en virtud de lo constatado en la historia clínica.

La aseguradora del SERMAS emite informe de valoración de los daños por "*F. 43.10 Trastorno por estrés postraumático, no especificado*", para lo que estima lesiones temporales por 90 días moderados, por estándar de duración de Incapacidad temporal derivada de este tipo de procesos, y como secuelas, trastornos neuróticos, ante fenómenos de

evocación, evitación e hiperactivación frecuentes, de tipo moderado (5 puntos). El informe cuantifica la indemnización en 10.838,60 €.

Tras fracasar las negociaciones con la interesada para llegar a un acuerdo en la reclamación, el SERMAS confiere un segundo trámite de audiencia a la interesada el 22 de mayo de 2025, para que realice las alegaciones oportunas sobre la última documentación, alegaciones que presenta el 13 de junio de 2025, en las que reitera la mala *praxis* del Servicio de Anestesiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal durante la intervención, y manifiesta su disconformidad con las secuelas asignadas por la aseguradora a los efectos que el incidente le ha causado psicológicamente.

La interesada rechaza el informe de valoración, porque la evolución del cuadro de estrés postraumático, superó los noventa días asignados por la aseguradora del SERMAS, como podría comprobarse del historial clínico psicológico. Rechaza también el empleo del Manual de Tiempos Óptimos del INSS, al considerar que dicho Manual se refiere a tiempos medios de una forma descontextualizada de las concretas circunstancias, y que el hecho de que la reclamante no estuviera trabajando es lo que propiciaba que no estuviera de baja laboral.

Añade la reclamante, que, a 8 de mayo de 2025, sigue en tratamiento psicológico en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, “*y fija el quantum indemnizatorio, tomando como referencia orientativa la Ley 35/2012, en la cantidad de 30.000 euros por todos los conceptos*”.

Finalmente, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS, formuló propuesta de resolución el 17 de julio de 2025, en el sentido de estimar parcialmente la reclamación formulada, por un importe total de 12.838,60.-€.

CUARTO. - La consejera de Sanidad formula preceptiva consulta, que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 14 de julio de 2025, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Yolanda Hernández Villalón, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día señalado en el encabezamiento de este dictamen.

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).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La 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 en cuanto se trata de la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

La Comunidad de Madrid ostenta la legitimación pasiva al haberse producido los hechos en un hospital integrado en su red sanitaria pública.

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 67.1 de la LPAC que se contará desde que se haya producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, según consta en el expediente, la intervención en la que se produjo el evento supuestamente dañoso tuvo lugar el 8 de mayo de 2023, de modo que la reclamación, formulada el 8 de mayo de 2024, ha sido interpuesta en plazo.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, las Sentencias del Tribunal Supremo de 5 de noviembre de 2012 y de 29 de julio de 2013), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

También es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que esa responsabilidad patrimonial 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, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, dado que no es posible constituir a la Administración en aseguradora universal (Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de julio y 14 de noviembre de 2011).

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 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la “lex artis ad hoc”.

En consecuencia, lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente.”

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SS del TS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria, el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

En este caso al ser reconocida por la Administración sanitaria la existencia de daños y, además, que fueron causados por el incidente de la anestesia durante la operación, queda acreditada la existencia de un daño antijurídico, imputable al mal funcionamiento del servicio público.

CUARTA.- El debate en este caso se centra en la cuantía de la indemnización a favor de la paciente, el SERMAS la fija en 12.838,60.-€ fruto de la suma de la valoración de la aseguradora por importe de 10.838,60.-€, -a razón de 61,89 euros por día impositivo y 5.268,50 euros

por la secuela funcional, conforme a los parámetros y baremos contenidos en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre-, y de los 2.000.-€ añadidos por la Administración para compensar los daños morales.

La reclamante afirma, sin desglose al respecto, que le corresponde un importe global de 30.000 € -folio 166 de su segundo escrito de alegaciones-, y se limita a señalar que la cantidad exigida se obtiene *“tomando como referencia orientativa la Ley 35/2012”*.

Sin perjuicio de que el artículo 7 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los perjuicios causados a las personas en accidentes de tráfico (en adelante, Ley 35/2015), carga en el asegurador el razonamiento de la oferta indemnizatoria, ello no supone que el asegurado – paciente- en este caso, permanezca impasible para la defensa de la cuantía que reclama, porque como señala el citado artículo 7 *in fine*:

“Asimismo, el perjudicado también podrá solicitar informes periciales complementarios, sin necesidad de acuerdo del asegurador, siendo los mismos, en este caso, a su costa.

Esta solicitud de intervención pericial complementaria obligará al asegurador a efectuar una nueva oferta motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe pericial complementario, continuando interrumpido el plazo de prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales.”

Hay que tener en cuenta que el Informe Razonado previsto por la disposición adicional primera de la Ley 35/2015, elaborado por la Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración del Daño Corporal de la Ley 35/2015, señala sobre este extremo:

“Ante una simple reclamación, las entidades señalan que en un elevado porcentaje de casos se realiza la oferta o la respuesta motivada con base en los datos que constan y también que piden ver al lesionado para poder realizarla. El CCS señala de modo unánime que, aunque no considera preciso que la reclamación cuantifique, es imprescindible que la reclamación previa no sea una comunicación rutinaria y falta de elementos de juicio dirigida meramente a interrumpir la prescripción. En sus funciones como Fondo de Garantía, el CCS necesita que la reclamación contenga todos los datos necesarios para que la entidad pueda activar su gestión, valorar los daños y abonar la indemnización con agilidad.”

Lo indicado hay que ponerlo en relación con las exigencias que el artículo 32 de la LRJSP establece para reclamar una indemnización por responsabilidad patrimonial, es decir, que el daño alegado, sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas, para lo que se requiere la aportación de criterios objetivos que permitan cumplir con lo exigido por la normativa que regula la responsabilidad patrimonial, la LRJSP.

El régimen de responsabilidad patrimonial está orientado a reconocer la reparación integral del daño, o el principio de capital indemnizado, pero sin que ello suponga para quien la reciba un enriquecimiento injusto, por lo que los daños indemnizables deben ser alegados y probados, conforme la jurisprudencia ha interpretado [por todas, STS de 3 de febrero de 2025 (rec. 1800/2021), que hace un repaso del principio de prohibición de enriquecimiento injusto del reclamante)].

Los daños indemnizables podrán incluir: el daño emergente, el lucro cesante, los daños físicos y el daño moral.

Y a los efectos de su cálculo, se utilizarán los criterios previstos en la legislación de expropiación forzosa, fiscal, y demás pertinente con ponderación, en su caso, de las valoraciones dominantes en el mercado

(artículo 34.2 de la LRJSP), pudiendo tomar la valoración incluida, los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social.

A lo indicado, cabe añadir, que la citada Ley 35/2015 se aplica únicamente, a título orientativo a efectos de baremación, como reconoce la disposición adicional tercera de la propia Ley 35/2015: *“El sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria.”*

En definitiva, ante la falta de razonamiento en la cuantificación de la cantidad reclamada por la paciente en un procedimiento de responsabilidad patrimonial, sin haber aportado ningún tipo de información sobre los conceptos por los que reclama el importe, ni aportar documentación o informe médico pericial sobre las lesiones y secuelas que considera vigentes, procede confirmar el importe propuesto por el SERMAS para valorar el daño causado, al haberse baremado aplicando la citada Ley 35/2015.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación por responsabilidad patrimonial sanitaria, correspondiendo a la paciente una indemnización por 12.838,60 €, cantidad que deberá actualizarse conforme el artículo 34.3 de la LRJSP.

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 octubre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 512/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid