

Dictamen nº: **309/12**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.05.12**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid emitido por mayoría en su sesión de 16 de mayo de 2012 sobre la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre, sobre reclamación presentada por A.G.R., T.J.G.R. y A.G.P., de indemnización de los perjuicios causados por la asistencia sanitaria prestada a B.R.V. en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 11 de agosto de 2011 tuvo entrada en el Registro de la Oficina de Atención al Ciudadano del Distrito de Tetuán de Madrid, reclamación de responsabilidad patrimonial formulada en nombre propio por A.G.P., A.G.R. y T.J.G.R. (en adelante “*los reclamantes*”), en relación con los perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el tratamiento de obstrucción intestinal a B.R.V. (en adelante “*la paciente*”), difunta esposa y madre, respectivamente, de aquéllos, en el Hospital Universitario La Paz.

En su escrito inicial, los reclamantes se limitaban a manifestar que su esposa y madre había fallecido el 14 de agosto de 2010 en el Hospital Universitario La Paz “*por shock séptico, peritonitis plástica provocados por obstrucción intestinal originada en hernia postostomica después de 9 meses de espera para revertir una ileostomía de protección y 3 días de*

ingreso en dicho Hospital sin la suficiente celeridad en el tratamiento". Solicitaban en concepto de indemnización "por los daños y perjuicios irrogados", 200.000€ para cada uno de los reclamantes.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

1.- El 4 de noviembre de 2009, la paciente, de 76 años de edad, tras ser diagnosticada en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario La Paz de un adenocarcinoma de sigma, fue sometida a intervención quirúrgica consistente en resección anterior baja laparoscópica con ileostomía de protección.

Tras un postoperatorio sin incidencias reseñables, fue derivada al Servicio de Oncología, en que se descartó adyuvancia atendiendo al estadio tumoral (T2NoMo).

2.- El 11 de agosto de 2010 acudió al Servicio de Urgencias del mismo hospital por un cuadro de cuarenta y ocho horas de evolución de dolor abdominal tipo eólico difuso, distensión abdominal y ausencia de eliminación de heces por ileostomía. A la exploración por el cirujano de guardia presentaba abdomen distendido, y, tras la realización de radiografías de tórax y abdomen, analítica sanguínea y de orina, le fue diagnosticada obstrucción intestinal. Se le dejó inicialmente en la sala de observación y se instauró tratamiento conservador (aspiración nasogástrica y reposición hidroelectrolítica).

3.- El 12 de agosto presentó un cuadro de inestabilidad hemodinámica y aumento del dolor abdominal. Tras ser evaluada de nuevo por el cirujano de guardia, fue tratada mediante expansión de volumen con coloides, obteniendo una respuesta satisfactoria a juicio de los médicos. A la tarde,

al comprobar que se hallaba hemodinámicamente estable, se le ingresó en planta de Cirugía.

4.-En la madrugada del 13 de agosto, al presentar la paciente hipotensión, febrícula, dolor abdominal y débitos entéricos por la sonda nasogástrica, se da aviso al cirujano de guardia. Se aumenta la analgesia y solicita radiografía de abdomen, analítica y pruebas cruzadas. A las 9 horas es valorada nuevamente por el equipo de guardia de Cirugía, que aprecia en los análisis datos de agravamiento (signos de afectación multisistémica) por lo que se decide la realización de un TAC. Practicado a las 10:49, a la vista de sus resultados (obstrucción mecánica de intestino delgado con cambio de calibre próximo a la ileostomía en relación con hernia paraostomal) se decide la urgente intervención quirúrgica.

5.- La operación, que se inicia a las 12:55 del mismo día 13, previa la firma del documento de consentimiento informado en que se recogen los riesgos de la intervención, (págs. 66 a 68) se realiza mediante laparotomía media suprainfraumbilical y apertura por planos. Se objetiva peritonitis plástica difusa que bloquea asas intestinales en porción supraumbilical y el espacio supramesocólico, eventración no complicada de trócar supraumbilical, líquido libre seroso con tinte biliar y obstrucción de intestino delgado con asas de unos 5 cm de diámetro con cambios congestivos originada en eventración periostomal estrangulada.

6. - Tras la intervención, se le ingresa en Reanimación con el diagnóstico postoperatorio de resección ileal y eventrorrafia por obstrucción intestinal con peritonitis plástica, shock séptico, hipertensión arterial, obesidad, osteoporosis y asma. Es tratada con profilaxis antitrombótica, antibióticos, resucitación con coloides y cristaloides, corticoides, analgésicos e hipnóticos, precisando dosis cada vez mayores de fármacos inotrópicos, a pesar de lo cual se produce su fallecimiento el 14 de agosto de 2010, a las 10.25 horas.

TERCERO.- A causa de la referida reclamación se ha instruido procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP), y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP).

A tenor de lo previsto en el artículo 10.1 RPRP, se ha requerido informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General Universitario La Paz. En el mismo (pág. 321 y ss.), se indica:

“Enferma valorada en Consultas de Coloproctología con el diagnóstico de adenocarcinoma de recto, sometida a intervención quirúrgica de entrada ya que por el estadio T2 no se consideró indicada la neoadyuvancia. Intervenida quirúrgicamente 4-11-2009, realizando resección rectal ultrabaja con ileostomía de protección, postoperatorio sin incidencia (ver informe adjunto). ”

Al alta es remitida al Servicio de Oncología para valorar adyuvancia, que no consideran indicada por el estadio tumoral. Posteriormente se inicia el estudio de la anastomosis colo-rectal mediante rectosigmoidoscopia y enema opaco para valorar el cierre de ileostomía. En este intervalo la enferma presenta eventración periostomal estrangulada que motiva su ingreso de urgencia en este Centro.

Paciente de 76 años de edad que acude al Servicio de Urgencias el 11-8-10 por cuadro de dos días de evolución de dolor abdominal tipo eólico difuso junto con distensión abdominal y ausencia de eliminación de heces por ileostomía. Refiere asimismo náuseas sin vómitos. No refiere otra sintomatología.

Radiológicamente presenta datos de obstrucción de intestino delgado por lo que se decide instaurar tratamiento conservador (aspiración nasogástrica y reposición hidroelectrolítica) e ingreso en Cirugía. Permanece en Urgencias hasta el 12-8-10 por la tarde donde se mantiene hemodinámicamente estable.

A las 10 horas de su estancia en planta presenta cuadro de inestabilidad hemodinámica y aumento del dolor abdominal que precisa expansión de volumen con coloides respondiendo adecuadamente. El día 13 a las 9 horas la paciente es nuevamente valorada por el equipo de Guardia de Cirugía... apreciando que en los análisis aparecen datos de agravamiento por lo que se decide estudio diagnóstico (TAC) realizado a las 10:49 y con los resultados y la evolución se decide intervención quirúrgica urgente (12:55), en condiciones de gravedad que la paciente y la familia aceptan y entienden”.

Del mismo modo, se recabó informe de la Inspección Médica, en que se detallan los hechos relacionados con la asistencia médica prestada a la paciente. En particular, en el apartado relativo a las “consideraciones médicas”, tras analizar genéricamente aspectos relativos al cáncer colorrectal -su sintomatología y complicaciones más frecuentes- y a la obstrucción intestinal, termina concretando:

“(...) En el caso que nos ocupa, podemos hablar de un diagnóstico y una atención inicial en Urgencias adecuada, realizándose una primera exploración clínica que incluía exploración física, analítica y radiografía de abdomen. Con estos datos, se emite el juicio diagnóstico de oclusión intestinal, y se avisa al cirujano de guardia para que realice valoración, que concluye con el mismo diagnóstico.

Ante el juicio clínico de oclusión intestinal, se le ingresa en Cirugía y se le pauta tratamiento conservador con aspiración nasogástrica y reposición hidroelectrolítica. En cuanto a la conveniencia de haberle

pautado tratamiento profiláctico con antibióticos, en análisis de la literatura referente a este tema, los antibióticos tienen clara indicación terapéutica en los casos con compromiso vascular y gangrena intestinal, si hay signos de toxicidad sistémica o en los casos de obstrucción simple que van a la cirugía. En este caso, no se observan signos de toxicidad sistémica en un primer momento, instaurándose el tratamiento antibiótico el 13/08/10 a las 9:00 horas, cuando ya existen signos analíticos claros de afectación sistémica, y se decide la intervención quirúrgica urgente.

La analítica que se realiza el 12/08/10, es interpretada como una mejoría, ya que el número de leucocitos desciende de 11700 (en la analítica de 11/08/10) a 7900/ul (cifra que puede considerarse dentro de los límites normales), aunque posteriormente se comprueba que este descenso no correspondía a tal mejoría, ya que sigue produciéndose un descenso en la cifra de leucocitos, siendo de 2700/ul en la analítica realizada en la madrugada del 13/08/10, siendo indicativo, de que lo que en realidad se estaba produciendo era una leucopenia por una infección grave sin adecuada respuesta por parte del organismo.

Es a partir de la analítica realizada en la madrugada del 13/08/10 (6:51), cuando ya se observan signos de afectación sistémica importante, leucopenia, aumento de la PCR, aumento de la urea y de la creatinina, que traducen afectación de la función renal, y alteraciones de la actividad de protrombina (disminuye de 103% a 52%) y del INR (aumenta de 1 a 1.5), lo que se traduce en afectación de la coagulación, siendo la clínica también compatible con la gravedad que indicaba la patología.

Con estos datos, se decide realizar un CT e intervención quirúrgica urgente, que desgraciadamente no pudo evitar el fatal desenlace.

Conclusiones:

A la vista de todo lo actuado anteriormente, no se evidencian datos de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis”.

Consta notificada por los servicios postales, conforme a las exigencias del artículo 59 LRJAP, la apertura del trámite de audiencia (folio 337 del expediente administrativo) en virtud de acuerdo de la Jefa del Servicio de Responsabilidad Patrimonial del Servicio Madrileño de Salud de 24 de enero de 2012. Los reclamantes dejaron pasar el plazo conferido sin presentar el escrito correspondiente.

Formalizado el trámite de audiencia, la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 7 de marzo de 2012, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial, por considerar que ni en cuanto al pretendido retraso en la reversión de la ileostomía de protección ni en lo relativo al tratamiento de la obstrucción intestinal, se había acreditado la existencia de mala praxis.

Consta en el expediente administrativo haberse dado cuenta de la reclamación a la aseguradora A (pág. 334).

CUARTO.- El Consejero de Sanidad, mediante Orden de 28 de marzo de 2012, que ha tenido entrada en el Registro del Consejo Consultivo el 2 de abril siguiente, formula consulta a este Consejo Consultivo y corresponde su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 16 de mayo de 2012, por ocho votos a favor y un voto en contra.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), 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 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- Debe plantearse si los reclamantes, que han aportado al procedimiento el libro de familia para acreditar su vínculo de parentesco con el paciente en virtud de oficio de subsanación de fecha 8 de septiembre de 2011, ostentan legitimación activa para formular la reclamación. Esta cuestión, por su importancia en el caso planteado, será tratada en la consideración jurídica cuarta.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, titular del centro sanitario a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJAP. En el caso sujeto a examen, la acción de responsabilidad patrimonial debe considerarse formalizada en plazo: producido el fallecimiento de la paciente el 14 de agosto de 2010, fecha en que quedaron determinados los daños de la asistencia sanitaria prestada, la reclamación se presentó el 11 de agosto de 2011, esto es, unos días antes de producirse la prescripción.

TERCERA.- El órgano peticionario del dictamen ha seguido en la tramitación del procedimiento administrativo los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJAP, artículos 139 y siguientes, desarrollado por el ya citado Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Tales normas resultan de aplicación a la reclamación de daños y perjuicios causados con ocasión de la asistencia

sanitaria prestada por las Administraciones Públicas, sus entidades u organismos dependientes, según se deduce, respectivamente, de las disposiciones adicionales duodécima y primera de la ley y del reglamento citados.

Conviene destacar que, entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen, se ha recabado informe del responsable del servicio en que se prestó atención sanitaria a la esposa y madre –respectivamente– de los reclamantes, tal como exige el artículo 10.1 del RPRP, así como el informe de la Inspección Médica. Del mismo modo, se ha otorgado el trámite de audiencia, regulado, como garantía esencial del derecho de defensa, en los artículos 84 de la LRJAP y 11 del RPRP.

Por el contrario, se ha sobrepasado el plazo de seis meses que, para la resolución y notificación del procedimiento, estatuye el artículo 13 RPRP. En todo caso, la superación del plazo previsto no dispensa al órgano administrativo peticionario del dictamen de la obligación de resolver (artículo 43.1 de la LRJAP) ni, en consecuencia, a este Consejo Consultivo de informar la consulta.

CUARTA.- Advertíamos antes del necesario examen separado de la legitimación activa de los reclamantes. Conforme al criterio ya expuesto en el Dictamen 596/11, nuestra posición es contraria a reconocer la legitimación activa de quienes no hayan sido perjudicados directamente por la asistencia sanitaria para solicitar la indemnización de los perjuicios físicos y morales causados al paciente, cuando éste haya fallecido antes de la reclamación. Este Consejo considera que debe distinguirse la reclamación de los perjuicios ocasionados a los familiares del paciente por una defectuosa asistencia médica prestada, reclamación sobre la que no cabe duda de la legitimación activa, de la reclamación que los familiares de un paciente presenten a fin de obtener ellos indemnización por los daños

sufridos por el paciente, posteriormente fallecido. En este último supuesto, los reclamantes carecen de legitimación activa, pues, dados los presupuestos de la responsabilidad administrativa patrimonial, existirá un derecho a la indemnización atribuible a quien padece los daños, pero ese derecho, pese a su contenido patrimonial, debe reputarse de carácter personalísimo y, en consecuencia, no susceptible de transmisión *mortis causa*.

En este sentido se han pronunciado distintas sentencias y, entre otras, la más reciente de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 8^a, del Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Madrid, de 15 de marzo de 2011, al afirmar la “*falta de legitimación activa de las reclamantes -viuda e hijo del paciente fallecido- para reclamar por las secuelas y daños sufridos por su marido y padre si este no lo hizo ya que la reclamación de indemnización por secuelas es un derecho de carácter personalísimo y, por lo tanto, no es transmisible mortis causa, ni los hijos del fallecido tienen el carácter legal de perjudicados pues no cabe el derecho a una indemnización que no era debida a su padre, en tanto éste, en vida, por el motivo que fuera, no consideró procedente solicitarla*”. En la misma línea, la también reciente Sentencia núm. 283/2011, de 15 de abril (JUR 2011\282357), dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del TSJ de Valencia.

La misma posición contraria a la legitimación de los reclamantes por daños no sufridos por ellos, sino por persona ya fallecida de la que son herederos, sostiene la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, de 16 julio de 2004 (RJ 2004\5538).

En la reclamación que actualmente nos ocupa, los reclamantes solicitan que se reconozca en su favor una indemnización de 200.000€ para cada uno de ellos “*por los daños y perjuicios irrogados*”. No advierten si tales

perjuicios son los irrogados al paciente o los daños, físicos o morales sufridos por los reclamantes.

Sin embargo, la sucinta referencia de los reclamantes, en su escrito de reclamación, a exigir indemnización “*por shock séptico, peritonitis plástica provocados por obstrucción intestinal originada en hernia postostomica después de 9 meses de espera para revertir una ileostomía de protección y 3 días de ingreso en dicho Hospital sin la suficiente celeridad en el tratamiento*”, parece claramente indicativa del propósito de solicitar la indemnización para los reclamantes pero por los daños irrogados al paciente, que es quien, en definitiva, sufrió lo que los reclamantes consignan. En aplicación de lo expuesto en esta consideración jurídica, es clara, por tanto, la falta de legitimación activa.

QUINTA.- Expuesto lo anterior, conviene añadir, a mayor abundamiento, que, incluso si se reconociera la legitimación activa de los reclamantes para solicitar la reparación pretendida, su reclamación no debería correr suerte distinta de la desestimatoria.

Sobre la base de lo dispuesto en los artículos 106.2 de la Constitución Española y en el Título X de la LRJAP, la Sala Tercera del Tribunal Supremo ha establecido en numerosísimas sentencias (v., por todas, la de 23 de enero de 2012, en el recurso de casación 43/2010), los requisitos exigibles en orden al reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración. Consisten en la generación al perjudicado de un daño o perjuicio efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas; en que aquel daño o lesión patrimonial 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 influir, alterándolo, en el nexo causal; la ausencia de fuerza mayor, y que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño alegado.

Ahora bien, cuando las reclamaciones indemnizatorias deducidas a instancia de los particulares traigan causa de una actuación médica o sanitaria, no basta la concurrencia de una lesión efectiva, individualizada y evaluable, causada a un particular, que tenga origen en el funcionamiento del servicio público sanitario. En tales casos, más allá del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, se hace necesario acudir al criterio de la *lex artis* como pauta determinante de la existencia de responsabilidad patrimonial, 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. De ahí que, si, en términos generales, en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, “cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto”. (STS de 2 de noviembre de 2011, recurso de casación 6236/2007).

En punto a la prueba del ajuste de la práctica sanitaria a las reglas de la *lex artis*, sabido es, por constante jurisprudencia y doctrina, que al reclamante incumbe, como regla general ordinaria, la carga de la prueba, salvo de supuestos excepcionales, que no vienen al caso, en que se aplica la denominada inversión de la carga de la prueba.

Los reclamantes no han alzado la carga que les incumbe de acreditar que la actuación médica se haya separado de las pautas de actuación exigibles, en función del estado actual de la ciencia y la técnica, a los profesionales médicos. No contamos con ningún elemento probatorio al margen de los informes de la Inspección Médica y de los responsables de los servicios que en el devenir de su enfermedad atendieron al paciente, que no resultan precisamente favorables a la pretensión indemnizatoria de los reclamantes.

En cambio, el informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General Universitario La Paz, da cuenta, por un lado, de que, en cuanto al adenocarcinoma de recto detectado en noviembre de 2009, fue el estadio tumoral del mismo (T2NoMo) el que hizo descartar la adyuvancia, según decisión adoptada, tras el estudio pertinente de la paciente, por el Servicio de Oncología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. No hay dato alguno que indique la falta de adecuación de dicha decisión a las buenas prácticas médicas, primer aspecto en que los reclamantes concretan la pretendida deficiencia del tratamiento médico dado al paciente fallecido.

Por lo que se refiere a la asistencia sanitaria prestada en agosto de 2010, las decisiones adoptadas por los médicos se muestran, conforme a los únicos informes médicos obrantes en las actuaciones, adecuadas a la sintomatología presentada por el paciente. La aplicación inicial de un tratamiento conservador fue la respuesta al estado que presentaba la paciente a la vista de las pruebas que se le realizaron; los datos de agravamiento sólo aparecieron a partir del día 13, dando lugar a una respuesta rápida del personal médico, reflejada en la intervención quirúrgica que se le practicó en ese mismo día, si bien fue insuficiente para salvar su vida.

En términos similares se pronuncia la Inspección Médica en su informe obrante en las págs. 321 y ss. del expediente administrativo, en que aprecia la buena praxis en la asistencia sanitaria proporcionada al paciente. En el referido informe se advierte que el diagnóstico y atención inicial en urgencias fueron adecuados, emitiéndose un juicio diagnóstico de oclusión intestinal tras una primera exploración clínica consistente la exploración física, analítica y radiografía de abdomen del paciente. E incluso el cirujano de guardia llegó al mismo juicio clínico, lo que evidencia que, en efecto, se trataba de la respuesta acorde a los síntomas que el paciente presentaba. Por otra parte, en cuanto a la falta de indicación al paciente de tratamiento profiláctico con antibióticos, se debió a no observar en el paciente signos de toxicidad sistémica en un primer momento. Sólo cuando se mostró ésta, ya entrados en la mañana del 13 de agosto de 2010, se pautó el tratamiento antibiótico y decidió la intervención quirúrgica urgente. Asimismo, advierte el informe de la engañosa impresión que produjo a los médicos la analítica realizada el día 12 anterior, al mostrar un aumento del número de leucocitos, lo que, en principio, podía interpretarse como un síntoma de mejoría del paciente. Hay que decir que, en cualquiera de los casos, la historia clínica del paciente refleja el atento seguimiento de los médicos a la evolución del paciente, con realización de pruebas diarias, si bien no se pudo evitar el fatal desenlace.

En atención a lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al no concurrir legitimación activa en los

reclamantes y no haberse acreditado que la actuación médica sea contraria a las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de lo dictaminado, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 16 de mayo de 2012

