

Dictamen nº: **492/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.11.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 21 de noviembre de 2019, 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 un abogado en nombre y representación de Dña. (en adelante “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada a su padre, D. (en adelante “*el padre de la reclamante*”) en el Hospital Universitario Clínico San Carlos, de Madrid (HUCSC), por el retraso en el diagnóstico de una peritonitis.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 20 de noviembre de 2017, tiene entrada en el registro del SERMAS una solicitud de reclamación por responsabilidad patrimonial presentada por la persona citada en el encabezamiento, como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada al padre de la reclamante, cuyo fallecimiento se produjo el día 15 de julio de 2016.

Acompaña a dicha solicitud la reclamación presentada el día 20 de octubre de 2017 en la que refiere que el padre de la reclamante acudió al Servicio de Urgencias del HUCSC el día 11 de julio de 2016 por “cuadro gastrointestinal de 4-5 días de evolución, consistente en náuseas, vómitos, diarrea y distensión abdominal, etc.”, después de diversas pruebas, pero retardando las que evidenciarían la peritonitis que padecía (colonoscopia, etc.) se le ocasionó un shock séptico que la intervención por tarde (colectomía total) no pudo paliar”.

Pone de manifiesto cómo tras el diagnóstico de “*probable sepsis de foco abdominal*” el Servicio de Urgencias “*con buen criterio*” llamó al Servicio de Cirugía General cuyo médico especialista sin embargo no consideró procedente realizar intervención quirúrgica.

Añade que con el transcurso del tiempo se ingresó al paciente por agravamiento del cuadro en la UCI, se evidenció shock séptico de origen abdominal y realizada colonoscopia se confirma el cuadro que “evidenció lesiones difusas a pocos centímetros de ingresar en el recto, con lesiones parcheadas que sugerían colitis isquémica y/o pseudomembranosa”, concluyendo con el diagnóstico “*Exitus letalis-shock séptico. Perforación de intestino grueso. Colectomía total. Peritonitis fecaloidea*”.

Considera en suma, que con una colonoscopia realizada al ingreso se hubiera evidenciado la perforación del colon e instaurado una colectomía y antibioterapia de choque que en su opinión hubieran impedido el fatal desenlace. Por todo ello entiende que ha habido dejación de protocolos médicos, posible error de diagnóstico y pérdida de oportunidad.

Explica que el 29 de mayo de 2017 solicitó la práctica de Diligencias Preliminares que recayeron en el Juzgado de 1^a Instancia nº 39 de Madrid, al objeto de conocer la historia clínica del fallecido.

Acompaña a su solicitud escritura de poder general para pleitos, documentación clínica del padre de la reclamante, solicitud de diligencias preliminares presentado por Lexnet con acuse de recibo, y diligencia de ordenación del Juzgado de 1^a instancia nº 39 de Madrid por la que se da traslado de la documentación solicitada.

Cuantifica el importe de la indemnización que reclama en la cifra de 185.893 euros.

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

El padre de la reclamante, de 61 años de edad en el momento de los hechos acude al servicio de Urgencias del HUCSC el día 11 de julio de 2016 a las 12.18 h por diarrea y vómitos de dos días de evolución. Refiere astenia intensa y mareos desde el día anterior. Niega fiebre o escalofríos, ni dolor a la micción. No dolor torácico, palpitaciones o disnea.

Como antecedentes médico-quirúrgicos constan: nefrectomía bilateral derecha, IRC en HD desde el 2007, HVI en ecocardiograma 2007 con aneurisma del tabique interauricular, ictus capsula interna izquierda de probable origen cardioembólico sin secuelas en el año 2000 con leucoencefalopatía difusa en TC craneal, cirugía de hernia inguinal derecha en el 2002, trombosis venosa en MSD, pendiente de cirugía para cierre de la fistula, adenopatías paraórticas y mesentéricas, hemicolectomía derecha en 2011 por hemorragia.

A las 20.58 h del mismo día 11 de julio de 2016 se avisa al Servicio de Cirugía General cuyo médico especialista concluye que “*tras la valoración clínica y de las pruebas complementarias el paciente no es susceptible de intervención quirúrgica urgente por el momento. En caso de empeoramiento o mala evolución avisar a cirugía*”.

A las 23.47 h el médico especialista del Servicio de Nefrología emite informe en el que figura como juicio clínico “*probable sepsis de foco abdominal en paciente en TRS, e hiperpotassemia leve*” y como plan:

- “- *Se administra hemoce y SSF para remontar TA.*
- *Se inicia tratamiento antibiótico empírico con meropenem 1g c/24 h*
- *Dejamos en dieta absoluta*
- *Se pauta glucosado con insulina (...)*
- *Se pide valoración por parte de cirugía general que no considera actualmente necesaria intervención quirúrgica de forma urgente*
- *Pedimos TC abdominal para descartar posibles colecciones a nivel abdominal en paciente con múltiples intervenciones abdominales, la última en mayo. (...)*
- *Pedimos ingreso en planta de nefrología”.*

A las 0.30h del 12 de julio el paciente presenta inestabilidad hemodinámica, trabajo respiratorio importante y desaturación por lo que es valorado por el Servicio de Medicina Intensiva que diagnostica shock séptico e insuficiencia respiratoria, por lo que deciden ingreso en UCI inmediato con tratamiento de antibioterapia, resucitación con volumen y noradrenalina a dosis elevadas,. Se informa a la familia sobre situación de gravedad. A pesar del tratamiento instaurado persisten datos de shock, por lo que se solicita colonoscopia que evidenció lesiones difusas a pocos centímetros de ingresar en el recto, con lesiones parcheadas que sugerían colitis isquémica y/o

pseudomembranosa. Comentado con Cirugía General y dada la mala evolución, se decidió intervención con carácter urgente.

Se realizó laparotomía media, con salida de líquido libre seroso sucio y objetivando isquemia intestinal con placas de necrosis desde anastomosis ileocólica previa hasta recto sigma, con perforación a nivel colon trasverso y peritonitis fecaloidea localizada en ambos hipocondrios y epigastrio. Se realizó colectomía subtotal incluyendo anastomosis ileo-cólica previa y aproximadamente un metro de ileo con zonas parcheadas de bajo riesgo, sección de ileón a 270 cm de asa fija, sección de recto sigma por encima de la reflexión y lavado muy abundante.

En los siguientes días se mantuvo en situación de shock refractario y fracaso multiorgánico, con empeoramiento progresivo, con necesidad de noradrenalina $> 1,5 \text{ mcg/Kg/min}$, taquicardia supraventricular en torno a 120-130 lpm, trombopenia severa, PaFi < 100 , escasa tolerancia hemodinámica a hemofiltración pese a flujos bajos y sin extracción, y salida de contenido purulento en abundante cantidad por drenaje abdominal.

Se comenta con familia la situación de gravedad, nula respuesta a tratamiento instaurado y mal pronóstico a corto plazo y se consensua no implementar medidas y asegurar confort.

Fallece en presencia de la familia el día 15 de julio de 2016 a las 22.05 h.

El día 29 de mayo de 2017, un abogado en nombre y representación de la reclamante solicita la práctica de diligencias preliminares ante el Juzgado de Primera Instancia de Madrid con el

objeto de obtener la historia clínica completa del fallecido, el nombre completo y direcciones de los médicos responsables que le atendieron desde su ingreso en Urgencias hasta su fallecimiento, y el nombre y dirección con número de póliza de la aseguradora del hospital que cubría en las fechas en que se produjeron los hechos, los siniestros de mala praxis y responsabilidad civil.

Por diligencia de ordenación del Juzgado de 1^a Instancia nº 39 de Madrid se da traslado a la parte demandante de la documentación remitida por el HUCSC.

Con fecha 19 de octubre de 2017 se remite por la reclamante un escrito al Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS reclamando en concepto de indemnización la cantidad provisional de 185.893 euros.

Por escrito de la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial y Actuaciones administrativas de fecha 6 de noviembre de 2017 notificado el siguiente día 16 se requiere al abogado de la reclamante para que ex artículos 14.2 y 68.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) realice la reclamación por medios electrónicos y también el alta para recibir notificaciones en el futuro con la expresa advertencia de que entre tanto, no se tendrá por presentada la misma.

La presentación de la reclamación por medios telemáticos tiene lugar el día 20 de noviembre de 2017 a las 23.03 h –folio 1 del expediente administrativo–.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento

Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del padre de la reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe de los servicios de Urgencias, Cirugía General y Aparato Digestivo, Medicina Intensiva y de Servicio de Nefrología.

El informe emitido por el Servicio de Urgencias afirma que todo lo que se hizo en relación a la evaluación del problema del paciente en ese servicio es correcto en todos sus puntos. Asevera que en el momento del ingreso, dada la situación clínica del paciente, la colonoscopia estaba absolutamente contraindicada y que, por otro lado, desde el momento del ingreso se inició tratamiento con antibiótico y soporte hemodinámico ante la situación de shock del paciente, consultándose con los cirujanos de guardia e ingresando al paciente con las medidas terapéuticas que se consideraron oportunas por parte de los mismos.

El Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo emite un informe descriptivo de las actuaciones practicadas desde el ingreso en el Servicio de Urgencias hasta el ingreso en el Servicio de Nefrología. Respecto de la decisión de no practicar la intervención en un primer momento, manifiesta que “*valorado el informe del TC abdominal y tras la anamnesis y exploración física completa del paciente, no se consideró en ese momento subsidiario de intervención quirúrgica urgente, quedando pendiente de evolución*”.

Por parte del Servicio de Nefrología, se remite el informe clínico. En el apartado “Evolución en planta de Nefrología” se hace constar que “*a su llegada a planta el paciente presentaba mal estado general, sigue con*

inestabilidad hemodinámica a pesar de administración de sueroterapia y además, presenta desaturación y trabajo respiratorio por lo que nos ponemos en contacto con la Unidad de Cuidados Intensivos a las 0:30 h para valorar ingreso en sus camas. Ingreso inmediato tras su valoración”.

El Servicio de Medicina Intensiva remite un informe que refleja la estancia del paciente en la UCI médica quirúrgica de dicho Servicio.

En un segundo informe, requerido previamente para ello, el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo expone que ante la situación del paciente y la extrema gravedad se decidió intervención quirúrgica urgente. Que dado que el paciente estaba sedado no podía firmar el consentimiento informado y que en las hojas evolutivas de Enfermería/médicas se constata que el 13 de julio de 2016 a las 2:51 h “*Se avisa a sus familiares, se les informa de los riesgos de realizar o no el procedimiento. Se decide finalmente intervenir.”*

Finalmente, el informe de la Inspección Sanitaria tras describir los hechos y efectuar una serie de consideraciones médicas acerca de la isquemia intestinal aguda, y de carácter legal acerca del consentimiento informado, efectúa su juicio crítico en los siguientes términos:

“La actuación de los médicos se ajustó a lo establecido en la literatura científica ante un cuadro gastrointestinal agudo. Las pruebas solicitadas (analítica, Rx y TC abdomen) son las adecuadas para confirmar o descartar la obstrucción, perforación o isquemia intestinal. La colonoscopia no es una prueba indicada inicialmente, de acuerdo con lo recogido en el aparato de consideraciones médicas, ante la clínica que presentaba el paciente.

(...)

En cuanto a la reclamación por falta de información, la situación de urgencia y extrema gravedad en la que se indica la intervención quirúrgica, y el hecho de que el paciente está sedado, justifica de acuerdo con la Ley, la ausencia de documento de consentimiento informado para la misma. La cirugía se practicó a las 00.40 h y finalizó a las 3 h, con un paciente sedado y en situación de extrema urgencia. Además, en las hojas de evolución de enfermería/médicas de la UCI se recoge que se avisa a los familiares informándoles de los riesgos de realizar o no el procedimiento, decidiéndose finalmente intervenir. En la historia clínica se recoge que se informó a la familia de la mala respuesta al tratamiento y del pronóstico desfavorable a corto plazo. Por otra parte no se produjo ningún daño como consecuencia de la ausencia de firma de dicho documento.

(...)

La asistencia prestada se ajusta a la lex artis”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia.

Por medio de escrito de fecha 19 de octubre de 2018, el reclamante formula escrito de alegaciones en el que impugna algunos datos contradictorios de la historia clínica presentada con relevancia para la reclamación formulada, así como el informe de la Inspección Sanitaria y se ratifica en “*la existencia de mala praxis médica por falta de diagnóstico preciso, mediando falta de colonoscopia y laparotomía al ingreso y por ello terapéutica insuficiente para la resolución de la sepsis*”. Solicita además el informe quirúrgico de la colonoscopia y el correspondiente consentimiento informado, así como el consentimiento

informado de la laparotomía y que una vez aportados, se confiera nuevo trámite de alegaciones.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad ha formulado propuesta de resolución de 19 de agosto de 2019 en el sentido de desestimar por prescripción la reclamación patrimonial.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 27 de agosto de 2019 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 21 de noviembre de 2019.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos 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 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, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) al haberse iniciado con posterioridad a su entrada en vigor, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y por tanto, para reclamar los daños que les ha producido de un modo personal el fallecimiento de su familiar directo.

A pesar de no haberse acreditado el vínculo de parentesco, como quiera que la Administración ha entrado a conocer el fondo del asunto por entender correctamente acreditada la legitimación de la reclamante, esta Comisión sin perjuicio de considerar que existe un defecto de falta de acreditación de tal aspecto, examinará la concurrencia de los requisitos para estimar, en su caso, la presencia de responsabilidad patrimonial. No obstante, procede recordar a la Administración la necesidad de que la relación de parentesco se acredite en forma adecuada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en centros sanitarios públicos de su red asistencial.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad

procedimental y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que ha efectuado alegaciones. Por último se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

TERCERA.- Por lo que se refiere al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, el artículo 67.1 de la LPAC prevé 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 el caso sometido a dictamen, la concreción del daño se produjo en la fecha del fallecimiento del padre de la reclamante, sobrevenido el 15 de julio de 2016 por lo que el plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial finalizaría el día 15 de julio de 2017.

Consta en el expediente que el día 29 de mayo de 2017, el abogado de la reclamante solicitó la práctica de diligencias preliminares ante el Juzgado de Primera Instancia de Madrid con el objeto de obtener la historia clínica completa del fallecido, el nombre completo y direcciones de los médicos responsables que le atendieron desde su ingreso en urgencias hasta su fallecimiento, y el nombre y dirección con número de póliza de la aseguradora del hospital que cubría en las fechas en que se produjeron los hechos, los siniestros de mala praxis y responsabilidad civil.

El día 21 de septiembre de 2017, por diligencia de ordenación del Juzgado de 1^a Instancia nº 39 de Madrid notificada vía Lexnet, se dio traslado a la parte demandante de la documentación remitida por el HUCSC.

Con fecha 19 de octubre de 2017 se remitió a través del servicio de Correos la reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS.

Por escrito de la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial y Actuaciones administrativas de fecha 6 de noviembre de 2017 notificado el siguiente día 16 se requirió al abogado de la reclamante para que, ex artículos 14.2 y 68.4 de la LPAC, realizase la reclamación por medios electrónicos y también el alta para recibir notificaciones en el futuro con la expresa advertencia de que entre tanto, no se tendría por presentada la misma.

Finalmente, la presentación de la reclamación por medios telemáticos tuvo lugar el día 20 de noviembre de 2017 a las 23.03 h – folio 1 del expediente administrativo-.

Procede por tanto analizar si las actuaciones indicadas gozan de eficacia interruptiva del plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial, cuya prescripción en otro caso, como ya hemos señalado, se hubiera producido el día 15 de julio de 2017, es decir, un año después del fallecimiento del padre de la reclamante.

En este sentido y por lo que respecta a la posible eficacia interruptiva de las diligencias preliminares solicitadas mediante escrito presentado el día 29 de mayo de 2017, la propuesta de resolución considera que dichas actuaciones no gozan de la misma y por tanto

considera extemporáneo el ejercicio de la acción y desestima por prescripción la reclamación formulada.

Sobre esta cuestión, como se dijo en el Dictamen 63/2019 de 21 de febrero de esta Comisión Jurídica Asesora, se pronuncia expresamente la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo de fecha 16 de diciembre de 2011, en los siguientes términos:

“(...) la diligencia preliminar para la obtención de la historia clínica constituye una actuación civil encaminada a la exigencia de responsabilidad en dicho orden, en cuyo ámbito pueda resultar adecuada para la pretensión a ejercitarse en demanda conforme la naturaleza del procedimiento jurisdiccional civil, que se inicia con demanda en la que se debe identificar a los demandados y de manera acabada narrar los hechos, los fundamentos de derecho y la concreta petición que se deduce, mas carece de necesidad en lo que nos ocupa, donde la reclamación del interesado se inicia mediante instancia en la que procede especificar las lesiones producidas, la presunta relación de causalidad entre estas y el funcionamiento del servicio público y la evaluación económica de la responsabilidad si fuera posible, siendo durante la instrucción del expediente temporáneamente iniciado cuando puede obtenerse la prueba oportuna, cual es la historia clínica cuando la reclamación dimana del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los informes periciales consecuentes.

Así resulta también en el interés que subyace en el ejercicio de la diligencia preliminar, que el propio escrito de interposición califica como "fuente de prueba" de la reclamación, como que "Hasta que no se obtiene este documento resulta imposible reclamar con fundamento de causa y sin incurrir en temeridad manifiesta", significativo que la falta de determinación en que aquí se quiere

sustentar la doctrina de la actio nata, o su interrupción, no se predica tanto del daño causado y de su reclamación oportuna ante otro orden jurisdiccional, como de la fuente de prueba que sea necesaria obtener en la lógica de aquellos procesos en que la pretensión se inicia mediante demanda jurisdiccional, que en todo caso no habilita alterar el régimen de la reclamación de responsabilidad patrimonial deducida, ni por tanto mantener abierta la acción de reclamación al amparo de los preceptos y doctrina jurisprudencial que se cita infringida.

De esta manera, en nuestra Sentencia de 18 de octubre de 2011, recurso 5097/2007, hemos declarado que el tiempo dedicado para la obtención de un dictamen preprocesal para comprender el alcance del diagnóstico, no enerva que quedase desde ese momento anterior determinado el alcance de las lesiones y de la secuela, que marca el inicio del cómputo del plazo para efectuar la reclamación.

(...)

Es claro, en consecuencia, que el ejercicio de la diligencia preliminar a la acción civil era claramente innecesaria e inadecuada, sin eficacia interruptiva del plazo de prescripción de un año establecido por el art. 142.5 de la Ley de Procedimiento Administrativo, de manera que cuando presentó la reclamación de responsabilidad patrimonial por funcionamiento anormal de la Administración sanitaria había transcurrido ya más de un año desde que pudo ser ejercitada.

Y si bien dijimos en Sentencia de 24 de octubre de 2011 y 7 de junio de 2011, recurso 895/2007 y 4816/2009, "...que la prescripción de la acción constituye un obstáculo al ejercicio tardío de los derechos que se impone en beneficio de la certidumbre y de la

seguridad jurídica, y no en beneficio o con fundamento en la justicia intrínseca. Razón por la que debe merecer un tratamiento restrictivo, que no deje de atender al dato de si aquellos valores de certidumbre y seguridad jurídica están o pueden estar realmente afectados o puestos en peligro en el caso de autos.", tampoco supone que el plazo quede abierto de manera indefinida, sino que ha de estarse al momento en el que se concreta el alcance de las secuelas, sin que pueda revivir por el ejercicio de una diligencia preliminar de juicio, para la práctica de lo que procede efectuar en la instrucción del expediente de reclamación, de haberse deducido en tiempo.

(...)".

De acuerdo con la citada doctrina del Tribunal Supremo no puede considerarse que la solicitud de diligencias preliminares efectuada el día 29 de mayo de 2017 produjera la interrupción del plazo de prescripción para el ejercicio de la acción, cuya expiración tuvo lugar el día 15 de julio de 2017, motivo por el cual en la reclamación fue presentada extemporáneamente por lo que procede, en efecto, su desestimación.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al haber prescrito el derecho a reclamar.

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 21 de noviembre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 492/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid