

Dictamen nº: **530/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **12.12.19**

DICTAMEN de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 12 de diciembre 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 el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por D. por retraso en el diagnóstico de un cuerpo extraño en anastomosis tras prostatectomía radical laparoscópica, en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 16 de marzo de 2018, la persona citada en el encabezamiento formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el retraso en el diagnóstico de la migración de un clips Hemolok tras la prostatectomía radical laparoscópica realizada en el Hospital Universitario La Paz el 21 de octubre de 2013.

Expone en su reclamación que tras ser diagnosticado en el Hospital de Valdepeñas el 1 de agosto de 2013 de adenocarcinoma de próstata moderadamente diferenciado en lóbulo izquierdo con invasión perineural, fue derivado al Servicio de Urología del Hospital

Universitario La Paz donde fue intervenido quirúrgicamente el 21 de octubre de 2013 mediante prostatectomía radical laparoscópica, con la técnica habitual y clipaje con Hemolok.

Prosigue en su reclamación indicando que tras la citada intervención acudió a sucesivas revisiones a la consulta del Servicio de Urología, concretamente el 17/12/13, 23/04/14, 216/09/14, 24/09/14, 25/03/15, 07/10/2015, 31/05/16, 05/07/16 y 10/11/16, manifestando síntomas de dolor y tenesmo vesical, sin que se le diagnosticara la presencia de un cuerpo extraño en anastomosis, hasta que por motivos personales se trasladó a Alicante donde le realizaron las pruebas oportunas y fue diagnosticado e intervenido en el Hospital Universitario San Juan de Alicante el 21 de marzo de 2017 para la retirada de dicho material, desapareciendo totalmente a partir de esa fecha la sintomatología que presentaba.

Indica que en el consentimiento informado que firmó aparecía como un riesgo menor del 5% la estenosis uretral y que en la revista internacional de Andrología se recomienda minimizar el uso de Hemolok en la prostatectomía radical laparoscópica *“y prestar atención a los síntomas miccionales que aparezcan de manera tardía en estos pacientes”*.

Considera que en las revisiones periódicas en el Servicio de Urología del Hospital Universitario La Paz no se realizaron los estudios y pruebas oportunas lo que permitió un retraso en el diagnóstico y retirada de clip Hemolok que había migrado.

Cuantifica el importe de la indemnización que solicita en 68.631,75 euros.

Acompaña diversa documentación médica.

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

El 1 de agosto del 2013, el paciente es diagnosticado en el Hospital de Valdepeñas de adenocarcinoma de próstata, moderadamente diferenciado, en lóbulo izquierdo y algunos nódulos en lóbulo derecho, afectando a un 40% del parénquima prostático, con invasión perineural intra y extraprostática (patrón histológico Gleason 3+4, sin metástasis, con moderada anaplasia nuclear) y con antígeno prostático específico (PSA) de 14,7 ng/ml, neoplasia intraepitelial prostática de alto grado multifocal, estadio pT3a.

Una vez diagnosticado es derivado por el SESCAM al Servicio de Urología del Hospital Universitario La Paz donde ingresa el 20 de octubre de 2013 para cirugía programada.

El 21 de octubre del 2013, se realiza prostatectomía radical laparoscópica, con la técnica habitual y clipaje con Hemolok, con preservación parcial del erector derecho. Con evolución satisfactoria recibe alta el 24 de octubre de 2013.

Previamente, el paciente firma el consentimiento Informado el 1 de septiembre de 2013 para adenomectomía o prostatectomía abierta laparoscópica en el que figuraban entre otros riesgos de la intervención, la incontinencia urinaria y problemas de eyaculación e impotencia.

Con posterioridad, según la historia clínica, acudió a revisión al Servicio de Urología en las siguientes fechas:

-El 19 de noviembre de 2013 el paciente refiere incontinencia urinaria de esfuerzo de 3 compresas diarias.

- El 17 de diciembre de 2013 refiere incontinencia de 2 compresas al día y disfunción eréctil. PSA 0,03ng/ml. Se prescribe Viagra.

- El 23 de abril de 2014 refiere incontinencia de una compresa al día pero persistencia de la disfunción eréctil.

- El 24 de septiembre de 2014 refiere continuar con disfunción eréctil por lo que se le prescribe Cialis. PSA de 0,04 ng/ml y refiere que está descontento con las secuelas funcionales.

- El 25 de marzo de 2015 refiere mejoría de su situación funcional. PSA 0,03 ng/nl.

- El 7 de julio de 2015 el paciente refiere continuar con disfunción eréctil, por lo que se prescribe PGE1 intrauretral

- El 31 de mayo de 2016 no refiere incidencias médicas y expresa su deseo de prótesis de pene. PSA 0,06 ng/ml y se solicita nuevo análisis.

- El 5 de julio de 2016 la PSA es de 0,09 ng/ml.

Paralelamente, el 16 de enero de 2016 acudió al Hospital Clínico Universitario San Juan por dolor abdominal. Con sospecha de diagnóstico de cólico nefrítico permaneció en observación, se realizó una ecografía abdominal y un TAC abdominopélvico y recibió alta el 19 de enero de 2016 con diagnóstico de cólico nefrítico derecho complicado.

El 22 de marzo de 2016, acude a consulta externa del Hospital San Juan, por trastornos urinarios no específicos, manifestando mala respuesta al Virirec, interesado en prótesis de pene. Le cambiaron el Virirec por Muse. Ligera incontinencia, que tolera bien, remitiéndole a consulta de incontinencia para valorar las pérdidas.

El 2 de noviembre de 2016, el paciente fue visto en consulta externa de Urología del Hospital San Juan, por trastornos urinarios no específicos, en tratamiento con Muse por la disfunción eréctil y con absorbentes de incontinencia urinaria leve. Sospecha diagnóstica: *“Cuerpo extraño en la anastomosis”*.

El 3 de febrero de 2017, se realiza una Uretrografía retrograda con Cistouretrografía, diagnosticándole "Vejiga de lucha, con cambios secundarios a la recesión transuretral (RTU)".

El 21 de marzo de 2017 ingresa de forma programada en el Hospital San Juan para intervención quirúrgica con diagnóstico de cuerpo extraño vesical retirando un Hemolok, bajo anestesia raquídea.

Con posterioridad, acude a Urgencias del Hospital San Juan el 9 de Mayo del 2017 por un cuadro de dolor en fosa iliaca izquierda que se irradia a la ingle, sin fiebre, ni clínica miccional, y se diagnostica de cólico renal y el 2 de Junio de 2017 es diagnosticado de litiasis renal derecha.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial al que se ha incorporado la historia clínica del Hospital Universitario La Paz y del Hospital Universitario San Juan.

Se ha recabado informe del Servicio de Urología del Hospital Universitario La Paz, emitido por el jefe de servicio con fecha 12 de abril de 2018, en el que consta que fue remitido desde el SESCOAM para ser sometido a una prostatectomía radical laparoscópica por un adenocarcinoma diagnosticado en Valdepeñas. Relaciona las consultas a las que acudió el paciente para revisión y después de revisar la historia clínica afirma que:

“1.No consta la revisión del 10-11-16 como figura en la reclamación

2.El uso de Hem-o-lok se realiza en un elevado número de centros a nivel nacional e internacional y está autorizado su utilización para la prostatectomía radical laparoscópica. Conocemos el riesgo de la expulsión de dichos clips a través de la anastomosis vesicouretral y por ello evitamos colocarlos cerca de la misma.

3.El paciente acudió a revisión en 8 ocasiones y no está reflejado en ningún momento que tuviera escozor miccional o dificultad miccional, que es lo que habitualmente expresan los pacientes previamente a la expulsión de un Hem-o-lok. El paciente únicamente manifestó estar inicialmente descontento con la incontinencia urinaria temporal y posteriormente, de forma especialmente importante, con la disfunción eréctil. Dichas complicaciones constan en el consentimiento informado, que firmó el paciente antes de la cirugía. La extirpación del Hem-o-lok se realizó el 21-3-17 en otro centro, aproximadamente 8 meses después de la última revisión en nuestra consulta y el paciente no nos comunicó dicho procedimiento y tampoco nos comunicó la existencia de síntomas relacionados con la presencia del Hem-o-lok en la anastomosis vesicouretral, en la última consulta realizada en nuestro hospital. Por lo tanto no tuvimos ocasión de poder hacer el diagnóstico.

Por otro lado quisiera expresar que la expulsión de un Hem-o-lok por uretra es una complicación menor de la PRL y que, en nuestra experiencia, no ocasiona secuelas ni bajas laborales prolongadas”.

Se ha incorporado al expediente un informe de la Inspección Sanitaria, de 25 de marzo de 2019, en el que, tras establecer los antecedentes de hecho y fijar las consideraciones médicas oportunas, se establecen las siguientes conclusiones:

“1.-La intervención de prostatectomía radical laparoscopia, usando hem-o-lok como material de cerclaje, fue adecuada y correcta. Es conocido el riesgo de expulsión de estos clips a través de la anastomosis vesicouretral, por lo que siempre, al igual que en el caso del paciente, los cirujanos evitan colocarlos cerca de la anastomosis.

2.-La expulsión del hem-o-look ha sido una complicación de la intervención quirúrgica, diagnosticada a los 3 años de la intervención, tras el seguimiento del paciente en el Hospital La Paz y en el Hospital San Joan. Quiere decir, que NO había síntomas específicos de la expulsión del material de cerclaje.

3.- En cualquier caso, se trata de una complicación tardía de la prostatectomía radical laparoscópica, pero es una complicación menor, que evidentemente no puede ser la causa de una prolongadísima baja laboral, como manifiesta el paciente, ya que además, su seguimiento en Urología era por el cuadro de disfunción eréctil y ligera incontinencia.

4.- Por ultimo decir, que una vez diagnosticada la expulsión del hem-o-look, se retira y no hay ninguna secuela posterior, derivadas de esta complicación tardía”.

Por oficio de 23 de abril de 2019, la instructora otorgó trámite de audiencia al reclamante, sin que conste en el expediente la presentación de alegaciones.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad ha formulado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación patrimonial al considerar que, conforme al criterio de la Inspección Sanitaria y del Servicio de Urología no concurren los presupuestos legales necesarios para su reconocimiento.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 16 de octubre de 2019.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 12 de diciembre de 2019.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 18.3 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, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial.

En cuanto al plazo, 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, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

En nuestro caso, se reprocha que en las consultas posteriores a la prostatectomía radical laparoscopia realizada el 21 de octubre de 2013 no se le diagnosticó la presencia de un cuerpo extraño en anastomosis que sí le fue diagnosticada en el Hospital Universitario San Juan lo que requirió la retirada de dicho material el 21 de marzo de 2017. Dado que la reclamación se presentó el 16 de marzo de 2018 es claro que se ha formulado en el plazo legal.

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 ha unido al procedimiento la historia clínica y se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, consta el informe de la Inspección Sanitaria y después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que no ha efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución 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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

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.

Ha destacado el Tribunal Supremo (por todas, en sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía

a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta. (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

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.- En este caso, el interesado considera que tras la prostatectomía radical realizada en el Hospital Universitario La Paz no se le realizaron estudios y pruebas oportunas, ni se le diagnosticó, en las sucesivas revisiones médicas en el Servicio de Urología, la migración de un clip Hemolok y se infravaloraron los síntomas que padecía, lo que ha supuesto un retraso en el diagnóstico y en su retirada.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches del reclamante, 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*”.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza ésta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca: *“La asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

Así se entendió por Comisión Jurídica Asesora en numerosos dictámenes, entre ellos, el Dictamen 242/16, de 23 de junio, el Dictamen 462/16, de 13 de octubre o el Dictamen 196/17 de 18 de mayo: *«La realización de pruebas diagnósticas debe realizarse en función de criterios clínicos, pues entender lo contrario sería tanto como convertir la práctica médica en un aluvión de pruebas y estudios, por si acaso en alguno se detecta algo que a priori no se sospecha, dando lugar a lo que se ha denominado ‘medicina defensiva’, entendiendo la*

sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de marzo de 2010 (recurso 731/2008), que dicha actuación médica mediante la “solicitud indiscriminada de batería de pruebas diagnósticas” ha de calificarse como “ineficiente e insensata”.

Tampoco puede cuestionarse la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad de los pacientes. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual: *“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.*

En este caso, el reclamante no ha aportado prueba que acredite la infracción de la *lex artis* denunciada. Por el contrario los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de relieve que en la actuación del Servicio de Urología, no hubo mala praxis médica.

Así, de la historia clínica resulta que tras la prostatectomía radical laparoscópica, la asistencia recibida en las sucesivas consultas a las que para revisión acudió al Servicio de Urología del Hospital Universitario La Paz estuvo determinada por los síntomas de incontinencia urinaria y disfunción eréctil que presentaba, sin que conste que en dichas revisiones el paciente manifestara escozor miccional o dificultad miccional, síntomas que según el Servicio de Urología *“expresan los pacientes previamente a la expulsión de un hemolok”* y según la Inspección Médica *“en NINGUNA de las múltiples revisiones efectuadas al paciente en el Hospital La Paz, a lo largo de 4*

años, constan síntomas relacionados con la posible expulsión del hemolok, por lo que no se pensó en ella”.

Por otro lado, el informe de la Inspección pone de manifiesto que la prostatectomía radical laparoscópica para el tratamiento del carcinoma prostático, además de ser una técnica que permite una mayor precisión quirúrgica por la mejor visualización del cirujano a través de la cámara de alta precisión y suponer una mayor protección del paciente frente a las clásicas complicaciones de incontinencia e impotencia, en el caso concreto del interesado, *“se realizó de forma adecuada y correcta. Se usó Hemolok como cerclaje, cuya utilización es frecuente y habitual para este tipo de intervención, siendo utilizado en un elevado número de centros sanitarios, nacionales e internacionales”*. Reconoce que existe un riesgo de expulsión de los clips Hemolok a través de la anastomosis vesicouretral y siendo conocedores los Urólogos de dicha circunstancia se evita colocarlos cerca de la anastomosis *“como hicieron en el caso del paciente”*.

Destaca además, que se trata de una complicación menor y tardía y en nuestro caso, según la historia clínica del Hospital Universitario San Juan, el paciente fue visto desde enero de 2016 y no fue hasta 10 meses más tarde, el 2 de noviembre de 2016, cuando estando en seguimiento por el cuadro de disfunción eréctil e incontinencia urinaria en dicho centro sanitario se alcanzó el diagnóstico de sospecha de cuerpo extraño en la anastomosis uretro-vesical, habiendo transcurrido por tanto más de tres años desde la intervención.

Así pues, a falta de otro criterio, podemos concluir con la Inspección Sanitaria que en las diversas consultas al Servicio de Urología del Hospital Universitario de la Paz, desde el 19 de noviembre de 2013 hasta la última del día 5 de julio de 2016 el paciente no presentó síntomas específicos de la expulsión del material de cerclaje.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de *mala praxis* en la atención dispensada.

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 12 de diciembre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 530/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid