



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **160/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 7 de julio de 2022, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 7 de marzo de 2022 (COMINTER 66367 2022 0307-06 40) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 11 de marzo de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_071), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 2 de enero de 2018 un abogado, actuando en nombre y representación de D.^a X, D.^a Y y D. Z, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que sus mandantes son los hijos de D. P, que falleció el 3 de enero de 2017 en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia debido a una insuficiencia respiratoria asociada a un liposarcoma inguinal intervenido quirúrgicamente.

A juicio del letrado, el desenlace se produjo como consecuencia de la lesión iatrogénica que se produjo durante la operación. El pobre manejo diagnóstico y terapéutico del padre de los interesados durante los periodos preoperatorio, operatorio y postoperatorio ocasionó la muerte del enfermo, previsible y evitable mediante una adecuada sujeción a la *lex artis ad hoc*.

De otra parte, denuncia que no existe un documento de consentimiento válido porque el enfermo jamás fue informado de la posibilidad de sufrir las graves lesiones operatorias que acabaron finalmente con su vida. E insiste en que, si hubiera tenido un cabal conocimiento de esos riesgos, hubiera declinado sin duda el tratamiento quirúrgico que se siguió.

Por esas razones, solicitan una indemnización conjunta, y calculada a tanto alzado, de 200.000 €.

Junto con la solicitud de indemnización aporta copias del Libro de Familia, acreditativa de la relación de filiación mencionada; del certificado médico de defunción del padre de los interesados, de diversos documentos clínicos y de la escritura del apoderamiento conferido por los reclamantes en favor del letrado actuante.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 15 de enero de 2018 y al día siguiente se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA y a la Dirección del Hospital *Viamed San José* de Alcantarilla que remitan copias de las historias clínicas del paciente fallecido de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que lo asistieron.

TERCERO.- El 23 de febrero de 2018 se recibe un escrito del Director Gerente del Hospital de Alcantarilla ya citado en el que informa de que el paciente fue derivado por el Servicio Murciano de Salud (SMS) para realizarle una intervención quirúrgica de hernia inguinal unilateral y de que se llevó a cabo por un facultativo del Servicio Cirugía General del HUVA.

Con el escrito acompaña una copia de la historia clínica del padre de los reclamantes.

CUARTO.- Después de que la solicitud de información y documentación se reiterara el 4 de abril de 2018, el día 20 de ese mes se recibe la documentación clínica solicitada y el informe realizado por el Dr. D. Q, en el que se expone lo siguiente:

“El citado paciente, de 86 años, entre cuyos antecedentes destaca el hecho de haber sido intervenido de 2 hernias inguinales, fue valorado en la consulta de Cirugía General (31/10/16) ante la presencia de una masa en región inguinal izquierda de unos 6 meses de evolución. Entonces, y ante los antecedentes herniarios, fue etiquetado como de recidiva herniaria en región inguinal izquierda, y por ello derivado a un centro concertado para herniorrafia, electiva. Una vez en dicho hospital (11/11/16) se reexplora constatándose la presencia de la recidiva herniaria pero asociada a una masa que protruye desde cavidad abdominal. Si bien, y dada la cirugía previa, la exploración no era muy fiable, se decide suspender la cirugía y reevaluar el paciente en consulta externa. Una vez allí se efectúa TAC/RMN abdominal que confirma la impresión diagnóstica al identificar masa lipomatosa en fosa ilíaca izquierda localmente avanzado con punción de liposarcoma de alto grado. Se efectúan entonces las pruebas de estadiaje pertinente y estudio preanestésico que lo etiqueta como ASA II. El paciente es programado e intervenido el 16/12/16 efectuándose resección compartimental o “en bloque” que se extiende desde sínfisis de pubis hasta espina ilíaca anterosuperior incluyendo en la pieza el paquete testicular izquierdo. Dadas las características de la resección, se efectúa reconstrucción mediante utilización de una combinación de mallas sintéticas (poliéster + colágeno, a fin de evitar lesión de vasos y adherencias/fistulización a asas intestinales) y biológicas (colágeno porcino acelular, resistente a infecciones y exposición ambiental, hecho este de gran riesgo dada la necesidad posterior de radioterapia adyuvante). Asimismo, y de gran importancia, y dado que los vasos femorales e inguinales se respetaron, esqueletonizaron y expusieron, se procedió a su cobertura protectora con varias capas de colágeno y fibrina (Hemopatch) - (...)-. Tras esta cirugía, de gran complejidad técnica y anestésica, la evolución postoperatoria inicial fue satisfactoria hasta la aparición de un drenaje de media cuantía por los drenajes ambientales dejados a nivel del lecho quirúrgico. Analizado este líquido se constató que era orina por lo que se procedió efectuar TAC con contraste que evidenció lesión ureteral alta fuera del campo de resección inicial, sin otros hallazgos de interés. Se colocó nefrostomía percutánea que logró controlar prácticamente toda la fuga urinaria, quedando el paciente pendiente de colocación de catéter de pig-tail vía uretral. El paciente, sin embargo, empeoró clínicamente siendo exitus el día de la fecha”.

QUINTO.- La instructora del procedimiento solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud citada, el 20 de abril de 2018, que se aporte el documento de consentimiento informado de la intervención que se llevó a cabo el 16 de diciembre de 2016.

SEXTO.- El 24 de abril se recibe una comunicación del Jefe de Servicio de Asesoría Jurídica del Área de Salud mencionada en la que informa de que, una vez revisada la documentación que conforma la historia clínica del paciente fallecido, no se encuentra el documento de consentimiento informado solicitado.

SÉPTIMO.- Con fecha 3 de mayo de 2018 se recibe el escrito firmado por el Dr. D. Q en el que expone que *“Como complemento a mi informe anterior hago constar que al paciente (...) se le informó previamente en consulta de todos los riesgos médicos y quirúrgicos que la intervención quirúrgica que precisaba comportaba. Asimismo, se informó de las inexistentes opciones no quirúrgicas en el manejo de la masa inguinal que padecía a lo que el enfermó asintió, tanto a la evaluación preoperatoria como a la propia intervención quirúrgica. Más aún, si bien se enumeraron las potenciales complicaciones de acuerdo al consentimiento informado que nosotros mismos habíamos elaborado y que está disponible en la arrieta del hospital, se insistió mucho en la más que probable necesidad de resear el testículo izquierdo y los elementos del cordón y en que cualquier complicación, por pequeña que esta fuera podía devenir en el éxito del paciente”*.

Posteriormente se le entregó el documento de consentimiento informado, para su lectura y cumplimentación, que fue archivado debidamente en su historia clínica”.

OCTAVO.- El 11 de mayo de 2018 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica para que se pueda elaborar el informe valorativo correspondiente.

NOVENO.- El abogado de los interesados presenta el 18 de mayo un escrito en el que solicita que se aporte al expediente administrativo el documento de consentimiento informado para resección de liposarcoma que debió firmar el paciente antes de la intervención que se realizó el 16 de diciembre de 2016.

DÉCIMO.- La instructora del procedimiento solicita al Dr. Q que aclare si existe el documento de consentimiento informado ya referido y que, en caso de que la respuesta sea afirmativa, se aporte al expediente administrativo.

UNDÉCIMO.- El 5 de junio de 2020 se recibe el nuevo informe suscrito por el Dr. Q, en el que se responde de nuevo que, *“Como continuación al informe realizado el pasado mes de abril de 2018, en respuesta a su escrito de 28 de mayo de 2020 y en relación con el asunto de referencia hago constar que:*

- Me reitero en lo expuesto en el informe anteriormente referido.

- Con el paciente se siguió el mismo protocolo habitual, incluyendo la firma del documento de consentimiento

informado.

- *Que revisada la historia clínica no aparece archivado el citado documento.*

- *Que no obstante lo anterior, el paciente recibió información suficiente y adecuada respecto a su proceso respondiendo el facultativo a las dudas planteadas tanto en consulta como en el proceso previo a su intervención”.*

El 15 de junio se envían sendas copias de ese informe a la Inspección Médica y a los reclamantes.

DUODÉCIMO.- El abogado de los interesados presenta el 25 de junio de 2020 un escrito en el que se ratifica en el contenido de la reclamación que formuló en nombre de sus mandantes.

De igual modo, denuncia que en este supuesto no se recabó del paciente un consentimiento debidamente informado, ya que no existe el documento que así lo acredite, y que entonces sus clientes tienen derecho a percibir el 30% de la indemnización que habían solicitado (200.000 €), de modo que reclaman 60.000 € por infracción de la *lex artis* autónoma e independiente.

Asimismo, reitera que se produjo una segunda vulneración de la *lex artis* como consecuencia de la sección del uréter izquierdo del paciente que pasó inadvertida durante la operación y que tampoco se adoptaron medidas diagnósticas o terapéuticas después de que el paciente presentara síntomas de que eso podía haber sucedido.

Por esa razón, considera que el fallecimiento del padre de los reclamantes era previsible y evitable mediante una adecuada sujeción a la *lex artis*.

El 9 de julio se envía una copia de este escrito a la Inspección Médica.

DECIMOTERCERO.- El 26 de marzo de 2021 se recibe el informe realizado por la Inspección Médica ese mismo día, en el que se contienen las siguientes conclusiones:

“- [El paciente] fue intervenido el 16/12/2016 en el HCU Virgen de la Arrixaca de liposarcoma inguinal izquierdo de gran tamaño, practicándose resección en bloque incluyendo trayecto inguinal y testículo izquierdo.

- *En el momento de la intervención el paciente tenía 86 años de edad.*

- La intervención estaba perfectamente indicada para la patología del paciente y era la única actitud terapéutica potencialmente curativa.

- Entre la documentación obrante en el expediente no figura el consentimiento informado para la cirugía firmado por el paciente.

- No obstante, lo anterior, en el documento de verificación de seguridad quirúrgica se registra que el paciente ha confirmado su consentimiento.

- El cirujano responsable de la intervención manifiesta expresamente, en dos informes diferentes, que el paciente fue adecuadamente informado y firmó el consentimiento, y que éste quedó archivado en su historia. Se atribuye por tanto la ausencia del documento de consentimiento a una pérdida accidental del mismo.

- No parece razonable dudar de lo manifestado por el facultativo, máxime cuando es difícil pensar que en época tan reciente como el 2016 se omita la información y la firma del consentimiento para una cirugía tan compleja y con tantos riesgos.

- Tras una evolución inicialmente satisfactoria el paciente comienza con un empeoramiento mantenido y progresivo a partir del décimo día del postoperatorio.

- Doce días después de la intervención se diagnostica rotura ureteral en zona parainguinal izquierda, por lo que al día siguiente se realiza nefrostomía guiada por ECO que se demuestra funcional (permite el adecuado drenaje de la orina al exterior).

- Esta lesión ureteral es la única de las complicaciones que presentó el paciente que se puede relacionar con la técnica quirúrgica, aunque tampoco hay certeza, ya que, de una parte han transcurrido más de diez días desde la intervención hasta que se hace evidente y, de otra, puede deberse también, como manifiesta el Dr. Q en uno de sus informes, al desarrollo de una fístula urinaria secundaria al decúbito por las mallas.

- Esta lesión ureteral, adecuadamente tratada mediante nefrostomía, no puede ser considerada como causa fundamental del fallecimiento del paciente.

- El paciente presenta signos de fallo multiorgánico: digestivo, respiratorio y hemodinámico.

- El fallecimiento del paciente se debe a un deterioro multiorgánico en el marco del postoperatorio de la gran cirugía realizada y en relación con su avanzada edad, sin que se pueda atribuir a mala praxis asistencial".

DECIMOCUARTO.- El 12 de abril de 2021 se concede audiencia a los reclamantes para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que crean convenientes.

DECIMOQUINTO.- El abogado de los interesados presenta un escrito el 20 de abril de 2021 en el que manifiesta que se reitera en la reclamación y en las alegaciones que ha presentado en este procedimiento.

De igual modo, advierte que adjunta un informe pericial y que hace suyas tanto el contenido como las conclusiones que se contienen en él.

Por esa razón, considera que en el presente caso se produjo una múltiple vulneración de la *lex artis*, unida causalmente al resultado de fallecimiento del paciente, por las siguientes razones:

a) No existen documentos de consentimiento informado para la intervención quirúrgica efectuada el 16 de diciembre de 2016, momento en el que enfermo ya había sido diagnosticado de liposarcoma.

b) Se produjo un importante retraso en el diagnóstico de la lesión iatrógena del uréter izquierdo, que pasó inadvertida durante la cirugía.

c) Las mallas que se colocaron tras la resección fueron, una de composite, que no produce, en modo alguno, decúbitos en contacto con las vísceras, y otra biológica, que tampoco los causa. Por ello, la teoría de la fístula urinaria por decúbito de la malla carece de sustrato objetivo alguno. Lo que efectivamente aconteció fue una lesión iatrógena durante la cirugía (lesión del uréter izquierdo) que no fue advertida -ni, por tanto, reparada- durante el mismo acto de la cirugía.

d) Incorrecto control post-operatorio hasta el 28 de diciembre de 2016, es decir, hasta 12 días después de la intervención, cuando se realizó una TAC que puso de manifiesto la rotura uretral y cuando la situación del paciente era ya irreversible.

Debido a esas razones, considera que el fallecimiento del enfermo era previsible y evitable mediante una adecuada sujeción a la *lex artis*.

Como se ha señalado, aporta asimismo un dictamen realizado el día 3 de dicho mes de abril por un médico especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica en el que formula las siguientes conclusiones:

"1. El paciente fue derivado a cirugía al HVSJ, para ser intervenido de una hernia inguinal izquierda reproducida, para la cual había firmado un documento de CI. Antes de la intervención se explora al paciente y se constata que existía una mala indicación quirúrgica al no tratarse de una hernia sino de una tumoración grande de unos 13 cm

de diámetro mayor, por este motivo no se interviene y se remite al paciente el HUVA.

2. Tras la realización de pruebas de imagen entre las que se realizó una biopsia con BAG (aguja gruesa) ecoguiada se le diagnosticó al paciente de Liposarcoma indiferenciado, motivo por el que se propone cirugía de resección de la tumoración.

3. En la cirugía realizada el 16/12/16, no se tomó la precaución de cateterizar ambos uréteres dado que estos tumores se extienden hacia el retroperitoneo. El motivo de cateterizar los uréteres es que pueden estar incluidos en la grasa retroperitoneal o en la tumoración y pueden ser lesionados durante la cirugía.

4. Se realizó la extirpación en bloque de la tumoración previa identificación y referenciación de los vasos ilíacos que están en situación retroperitoneal. En la hoja de protocolo quirúrgico no se expone que fuera identificado ni referenciado el uréter izquierdo que a ese nivel cruza los vasos ilíacos.

5. Tras la resección de la masa se procedió a cerrar el defecto mediante la colocación de 2 mallas, una de composite en contacto con el peritoneo visceral y otra biológica por encima para cubrir el defecto sobre los tejidos musculares.

6. Ninguna de estas 2 mallas pudo producir una fístula por decúbito sobre el uréter izquierdo. La malla más profunda de composite tal como hemos descrito más arriba tiene doble. La que se pone en contacto con las vísceras es de colágeno y su indicación es porque no produce fístulas a nivel de cavidad abdominal. La capa exterior es de polipropileno y estimula la producción de fibroblastos, produciendo una neopared. La malla biológica se colocó por encima y en ningún caso estuvo en contacto con la zona lumbosacra del uréter izquierdo.

7. La anatomía patológica confirma que se trataba de un Liposarcoma diferenciado, Grado 3, de 15 cm de eje mayor.

8. La evolución del paciente inicialmente fue normal con aumento del débito por el drenaje y con íleo prolongado. Sin embargo, al 12º DPO presenta fiebre, mal estar general, aumento de la PCR y sepsis de herida. Se realiza un angio-TAC para descartar un TEP (tromboembolismo pulmonar), que es normal, motivo por el cual se realiza un TAC abdominal que pone de manifiesto la existencia de una fístula urinaria, a nivel de zona lumbosacra izquierda por lesión del uréter izquierdo que está dilatado anterogradamente.

9. Esta lesión con importante extravasación de orina no pudo estar causada por un decúbito de la malla de composite, puesto que la lesión estaba anatómicamente más alta y en el retroperitoneo, y en segundo lugar porque la composición de la malla en su cara visceral excluye esta posibilidad. Se trataría, por lo tanto, de una lesión iatrógena producida durante la cirugía y que pasó inadvertida.

10. Tras la realización de una nefrostomía izquierda para derivación de la orina hay una cierta mejoría, pero continua con infección de herida, dolor con mal estado general, semicomatoso secundario a la sepsis. Situación

en la que fallece al 4º día del diagnóstico de fístula y colocación de una nefrostomía.

11. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que ni el diagnóstico, ni el tratamiento, ni la evolución estuvieron de acuerdo con la Lex artis”.

DECIMOSEXTO.- El 20 de mayo de 2021 se remite a la Inspección Médica el dictamen médico aportado por los reclamantes y se le solicita que emita un informe complementario respecto de lo que se expone en el primer dictamen.

DECIMOSÉPTIMO.- El 1 de julio siguiente se recibe el informe complementario elaborado por la Inspección Médica ese mismo día, en el que se argumenta que no resulta necesario modificar las conclusiones que se recogían en el anterior informe, que se mantienen en su totalidad.

DECIMOCTAVO.- Se concede audiencia a los reclamantes el 16 de septiembre de 2021 para que puedan formular alegaciones y aportar los documentos y justificantes que crean convenientes.

DECIMONOVENO.- El abogado de los interesados presenta alegaciones el 15 de octubre de 2021 en las que reitera el contenido de la reclamación y reproduce la pretensión resarcitoria planteada

VIGÉSIMO.- Con fecha 7 de marzo de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito y CD recibidos en este Consejo Jurídico el 7 y el 11 de marzo de 2022, respectivamente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por los tres hijos mayores de edad del paciente fallecido, según se deduce del contenido del expediente administrativo y han acreditado mediante una copia del Libro de Familia.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento del padre de los reclamantes se produjo el 3 de enero de 2017 y la solicitud de indemnización se presentó el 2 de enero del año siguiente, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado con exceso el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 91.3 LPACAP.

TERCERA.- Acerca de la necesidad de que se complete la tramitación del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Como se ha expuesto más arriba, los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a percibir una indemnización conjunta de 200.000 € como consecuencia del fallecimiento en el HUVA, a los 86 años, de su padre, debido -según exponen- a una lesión iatrógena ocasionada durante la intervención de resección compartimental del liposarcoma inguinal izquierdo que padecía, que no fue advertida ni, por tanto, reparada durante dicho acto. Además, la lesión uretral se diagnosticó de manera tardía, a lo que se añade que el control postquirúrgico del paciente fue totalmente incorrecto.

Asimismo, denuncian que se omitió la exigencia de que el paciente consintiera someterse a esa operación debidamente informado de los riesgos que debía asumir y, por esta razón, solicitan una indemnización de 60.000 €, ya que entienden que se produjo una infracción de la *lex artis* autónoma e independiente de la reclamación anterior por mala praxis.

Para fundamentar sus solicitudes de indemnización han aportado un dictamen pericial (Antecedente decimoquinto

de este Dictamen) realizado por un médico especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica en el que se denuncia que no se cateterizaran ambos uréteres (Conclusión 3ª) del paciente y se explica que ninguna de las 2 mallas que se colocaron pudo producir una fístula por decúbito sobre el uréter izquierdo (Conclusión 6ª).

Acerca de ello, se sostiene además que tampoco se pudo producir esa conexión anormal, es decir, la fístula, por la acción de las mallas, puesto que la lesión estaba anatómicamente más alta y en el retroperitoneo, en primer lugar, y, en segundo, porque la composición de la malla en su cara visceral excluye esa posibilidad (Conclusión 9ª).

Debido a esas circunstancias, se considera que ni el diagnóstico, ni el tratamiento ni el control de la evolución posterior se ajustaron a las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

Se sabe que 20 de mayo de 2021 se envió una copia de este informe pericial a la Inspección Médica para que emitiera un informe complementario a la vista de su contenido (Antecedente decimosexto). Y también se ha expuesto que dicho Servicio de Inspección realizó un informe complementario (Antecedente decimoséptimo) el 1 de julio siguiente en el que se sostiene que no resulta necesario modificar las conclusiones que se recogían en su anterior informe, fechado el 26 de marzo anterior (Antecedente decimotercero).

Sin embargo, se aprecia que en ese informe no se valora ni somete a una crítica particular el informe pericial aportado por los interesados, al que se ha hecho alusión. Y menos, en consecuencia, a las consideraciones que se contienen en él y que se formulan sucintamente como Conclusiones 6 y 9, sobre las que resulta necesario realizar un pronunciamiento expreso, dada la condición del perito de especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica.

Lo que se ha expuesto exige, sin la menor duda, la realización de un juicio crítico de naturaleza médica que, de manera primordial, corresponde efectuar a la Inspección Médica, de acuerdo con lo que se establece en el artículo 14.6, a) del Decreto 15/2008, de 25 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Así pues, se entiende que se debe reclamar de la Inspección Médica la emisión de un informe complementario en el que se analice nuevamente el contenido de dicho informe pericial y, entre otros extremos que se consideren pertinentes, se pronuncie acerca de las Conclusiones 6 y 9, que ya se mencionaron.

Por último, conviene recordar que, una vez que se efectúe la actuación instructora que se ha sugerido, se debe conferir un nuevo trámite de audiencia a los interesados para darles traslado de aquélla y ofrecerles la posibilidad de presentar cuantas alegaciones o justificaciones tuvieran por convenientes, de acuerdo con lo que ya se dejó apuntado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 195/2014, entre otros muchos.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación ya que procede completar la tramitación del presente procedimiento con la realización de la actuación instructora que se indica en la Consideración tercera de este Dictamen y, con posterioridad, elevar a consulta una nueva propuesta de resolución.

No obstante, V.E. resolverá.

