

Dictamen nº: **138/17**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.03.17**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 30 de marzo de 2017, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. D.B.L. por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario de Fuenlabrada en la colocación de un drenaje torácico para el tratamiento de un derrame pleural que le causó una perforación en el bazo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario de Fuenlabrada, el día 22 de enero de 2014, el interesado antes citado formula reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada en el tratamiento de un tromboembolismo pulmonar con derrame pleural cuando, al colocarle un tubo torácico para drenar la infección de la pleura, se le causó una perforación en el bazo. Refiere que tras la intervención presentó fuertes dolores y que los médicos que le atendían le dijeron que era normal porque era debido a la sensación de cuerpo extraño. Sin embargo, al persistir el dolor se le realizó un TAC de tórax

que mostró que el tubo estaba mal posicionado y que había perforado el bazo, por lo que se le tuvo que realizar una cirugía de urgencia para intentar salvar el órgano. El reclamante considera que hubo una cadena de negligencias que conllevaron un dolor y sufrimiento innecesarios para una persona de 21 años y solicita una indemnización compensatoria *“por el trauma y sufrimiento ocasionados debido a la ineptitud de los trabajadores de dicho hospital que mantuvieron una videoconferencia con el Hospital 12 de Octubre de Madrid, porque no sabían y eran incapaces de poner de manera correcta un tubo de tórax”* (folio 1 del expediente administrativo).

El interesado no cuantifica el importe de su reclamación ni acompaña documento alguno con su escrito.

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

El paciente, de 21 años en el momento de los hechos, fumador, sin antecedentes personales ni familiares importantes que reseñar, acudió el día 21 de febrero de 2013 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Fuenlabrada remitido por su MAP por hallazgos en Rx de tórax de infiltrado triangular compatibles con Neumonía LII vs TEP (tromboembolismo pulmonar). El paciente refería haber presentado un cuadro de gastroenteritis aguda hacía 10 días, por lo que acudió a Urgencias y se mantuvo en reposo en cama durante 3-4 días hasta remisión clínica. Tras ello se inició dolor costal izquierdo pleurítico intenso, desde hacía 5 días, que le impedía el sueño, con leve tos marronácea, sin fiebre hasta ese día por la mañana, con abatimiento de estado general, astenia sin clara disnea.

Se realizó estudio helicoidal para descartar tromboembolismo pulmonar (TEP), pero no se objetivaron defectos de repleción en el árbol arterial pulmonar compatibles con tromboembolismo ni signos de trombosis venosa profunda en extremidades inferiores. Se observó

consolidación alveolar en segmento laterobasal del lóbulo inferior izquierdo (LII) con moderado derrame pleural ipsilateral. En la base del lóbulo inferior derecha se visualizaron otras dos opacidades de morfología nodular. El paciente quedó ingresado en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Fuenlabrada.

Al día siguiente, 22 de febrero, a la vista de la radiografía de control y de la evolución se repitió la valoración por parte del Servicio de Radiología del AngioTAC, *"las imágenes, aunque no completamente claras, sugieren embolismo pulmonar con infartos"*. Se realizó toracocentesis con extracción de líquido serohemático para citología, bioquímica y anatomía patológica. Se completó con ecografía abdominal y ecocardiograma y se inició tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular.

La evolución fue buena en los días siguientes. El paciente estaba estable hemodinámicamente, afebril, con buena saturación de oxígeno y control de dolor con analgesia.

El día 25 de febrero se realizó ecocardiograma que se informó como normal. Pese a la mejoría clínica, la auscultación pulmonar mostraba un empeoramiento del derrame pleural que se confirmó con placa de tórax. Se repitió toracocentesis. El resultado de urgencia mostraba un pH de 6,9. Se pidió cultivo, se cambió pauta de antibioterapia y se programó colocación de tubo de drenaje para lo que se suspendió el tratamiento de anticoagulante. También se programó la colocación de un filtro en vena cava para el miércoles 27 de febrero.

En la historia clínica consta que se informó al paciente del procedimiento y el día 26 firmó el documento de consentimiento informado donde se contemplaba que entre las posibles complicaciones:

“Muy raramente al colocar el tubo se pueden lesionar accidentalmente vísceras del abdomen (hígado, bazo o riñón). En la mayoría de los casos no es necesario aplicar ningún tratamiento pero en muy contadas puede ser necesaria una intervención quirúrgica”.

A las 13:30 del día 26 de febrero el paciente fue trasladado para colocación de tubo de drenaje (14:25h) en región posterior, sin complicaciones inmediatas, drenando 200cc de líquido pleural hemático. Se solicitó radiografía de tórax de control.

A lo largo de la tarde el paciente presentó dolor y el contenido del drenaje era solo hemático por lo que, realizada radiografía de tórax se observó que *“el tubo parece estar fuera”*. Se solicitó entonces (21:17 horas) control analítico y TAC abdominal para descartar punción de órgano sólido que mostró al tubo en el bazo sin laceración/rotura del parénquima esplénico. La situación hemodinámica era estable.

Se volvió a valorar al paciente con los especialistas de Cirugía y Anestesia y se decidió reintervenir de forma urgente (22:55h) Se informó al paciente y su familia, se firmó el consentimiento informado y fue reintervenido. En la intervención se observó que el tubo estaba perforando la capsula posterior del bazo sin perforar cara anterior. Se procedió a su retirada y se colocó material hemostático en orificio de cara posterior con buen resultado, por lo que no fue necesaria la esplenectomía. Durante la intervención, que transcurrió sin complicaciones, el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, sin necesidad de transfusión ni de soporte vasoactivo. Se colocó nuevo drenaje sin incidencias.

Al día siguiente, 27 de febrero el paciente fue trasladado desde la UCI (a las 14:57 horas) para colocación de filtro temporal de vena cava inferior a través de yugular. Durante el procedimiento se salió accidentalmente el tubo de tórax, por lo que se recolocó en colaboración con intensivista.

Ante la ausencia de débito por drenaje torácico, el día 28 se realizó nuevo TAC torácico que objetivó la presencia de tubo de drenaje en cisura pleural por lo que se retiró y se colocó drenaje tipo pick-tail por radiólogo intervencionista, drenando 275cc en las primeras 24 horas. Realizado nuevo TC torácico se confirmó la normoposición del drenaje y la ausencia de organización intrapleural, por lo que se desestimó la idea inicial de administración de urokinasa.

El paciente permaneció en UCI hasta el 2 de marzo con buena evolución, el tubo se retiró el día 5 de marzo, y el 15 de marzo se quitó el filtro de cava. La evolución continuó siendo favorable y finalmente se procedió al alta hospitalaria el 23 de marzo.

En una revisión posterior (agosto de 2013) se anotaron mínimos cambios cicatriciales en pulmón izquierdo. Se realizó angiografía-TAC de arterias pulmonares desde diafragma a vértices pulmonares no observándose defectos de repleción en el árbol arterial. Sobre parénquima pulmonar se observó mínima obliteración de seno costoditragamático izquierdo. Las pruebas funcionales respiratorias también resultaron normales.

TERCERO.- Presentada la reclamación y acordada la instrucción del expediente, se tramita conforme a lo previsto en el Reglamento que regula el Procedimiento en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, (en adelante, RPRP).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 10 del RPRP, se ha incorporado al expediente un informe, de fecha 5 de febrero de 2014, del jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada (folios 155 y 156) que relata la asistencia prestada el día 26 de febrero de 2013 en la colocación del tubo de drenaje y posterior diagnóstico de mínimo hemoperitoneo periesplénico por punción de

drenaje torácico que atraviesa el bazo sin romper la capsula anterior y la posterior intervención para la retirada del drenaje y señala que:

“En la hoja de consentimiento informado sobre el procedimiento drenaje torácico/pleurodesis existente en el Hospital de Fuenlabrada, en el apartado riesgo de la colocación de drenaje pleural, se especifica, que al colocar el tubo en el tórax se puede lesionar vísceras del abdomen (hígado, bazo o riñón) y que en contadas ocasiones puedes ser necesaria una intervención quirúrgica como consecuencia de esta complicación. El paciente firmó el correspondiente consentimiento informado donde se especificaban estos riesgos, previo a la colocación del drenaje torácico”.

Con fecha 14 de febrero de 2014, el Hospital Universitario de Fuenlabrada puso de manifiesto en el expediente, que por los mismos hechos el reclamante había interpuesto, el día 20 de enero de 2014, denuncia en la Comisaría de Policía de Leganés (Madrid), Atestado Policial núm. 1583/14, contra la doctora que había realizado *“(…) el alojamiento del tubo del tórax en la intervención quirúrgica del denunciante”*, por lo que el día 30 de abril de 2014 se acordó la suspensión del procedimiento de responsabilidad, *“en tanto no recaiga resolución firme en el orden penal y sea puesta de manifiesto a este órgano administrativo”*.

Por Auto de 22 de octubre de 2014 del Juzgado de Instrucción nº 6 de Fuenlabrada se acordó el sobreseimiento provisional y archivo de las actuaciones (folio 180) en base a un informe pericial emitido en las Diligencias Previas del Procedimiento Abreviado 284/2014 (folios 181 a 189) que concluyó que *“no se puede demostrar que exista mala praxis en la actuación asistencial realizada por los facultativos que asistieron durante su ingreso en el Hospital Universitario de Fuenlabrada al paciente (...), según los datos que constan en la historia clínica presentada, pudiendo establecerse que la actuación se realizó conforme a los principios de la Lex Artis actual”*.

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria, con fecha 28 de julio de 2016 de 2016, se emite éste (folios 193 a 200). El médico inspector concluye:

“En relación a la asistencia prestada al paciente (...) en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, correspondiente a la colocación de un tubo de drenaje endotorácico y la perforación que produjo en la cara posterior del bazo, se deduce que la atención que se le prestó está de acuerdo a “lex artis” tanto en las actuaciones diagnósticas como en los procedimientos terapéuticos que se emplearon.

La complicación que se produjo por la realización de la técnica de drenaje endotorácico está descrita en la bibliografía, había sido contemplada previamente en el documento de consentimiento informado y el paciente conocía la posibilidad de la misma. Aunque existe nexo causal entre esta complicación y la técnica terapéutica practicada, esta no puede ser atribuida a mala praxis médica como ratifica la bibliografía consultada

Igualmente las actuaciones que se siguieron a la aparición de esta complicación se consideran ajustadas a la mejor práctica clínica, se realizaron os estudios encaminados a alcanzar el diagnóstico y tratamiento oportuno poniendo para ellos todos los medios técnicos y personales necesarios dentro de la mejor actuación clínica en lo que respecta tanto a la rapidez de las decisiones tomadas como a su idoneidad, y la evolución que, lógicamente, alarga el tiempo hasta la curación y la cicatriz de la intervención en ningún caso pueden considerarse debidas a mala actuación de los facultativos sino a la propia patología que presentó el paciente”.

Tras la incorporación al procedimiento del anterior informe y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia,

notificado el día 26 de septiembre de 2016, sin que conste que haya formulado alegaciones.

Consta en el expediente propuesta de resolución, sin firmar, en la que se acuerda desestimar la reclamación presentada al concluir que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y ajustada a la *lex artis* (folios 205 a 208).

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 1 de marzo de 2017 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 80/17, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 30 de marzo de 2017.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f)a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y por solicitud del consejero de

Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) 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, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de interesado, según consta en los antecedentes, se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas según establece su artículo 1.1. No obstante, de conformidad con su disposición transitoria tercera, apartado a), dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación presentada el 22 de enero de 2014, resulta de aplicación la normativa anterior, esto es, los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), que han sido desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

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

Se cumple, 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.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 142.5 LRJ-PAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, ocurrida la perforación del bazo el día 27 de febrero de 2013, fue necesaria intervención quirúrgica e ingreso hospitalario hasta el día 23 de marzo de 2013, fecha en la que fue dado de alta. En consecuencia, la reclamación presentada el día 22 de enero de 2014 está formulada en plazo.

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 solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 10 RPRP, esto es, al Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica y el informe médico forense emitido en las Diligencias Previas del Procedimiento Abreviado 284/2014.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia al reclamante, que no ha efectuado alegaciones.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial del Estado se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículo 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25

de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJPAC:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la*

calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«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 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»*, por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos*

que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que el reclamante sufrió, durante la intervención del día 27 de febrero de 2013 consistente en la colocación de un drenaje torácico, una perforación en el bazo. El interesado considera que hubo mala praxis porque la perforación del bazo fue causada *“por la ineptitud de los trabajadores de dicho hospital”*.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

El reclamante, sin embargo, no aporta prueba alguna que sustente su alegación de mala praxis. Frente a esta ausencia probatoria, tanto el informe médico forense como el informe de la Inspección Sanitaria concluyen que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue conforme a la *lex artis*. Así, el informe del médico forense considera que *“no se puede demostrar que exista mala praxis en la actuación asistencial realizada por los facultativos que asistieron durante su ingreso en el Hospital de Fuenlabrada al paciente”*.

Por su parte, el informe de la Inspección señala que la complicación que se produjo por la realización de la técnica de drenaje endotorácico está descrita en la bibliografía, había sido contemplada previamente en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente, por lo que conocía la posibilidad de la misma.

La colocación de un drenaje endotorácico estaba correctamente indicada, como ponen de manifiesto el informe de la Inspección Sanitaria como el informe médico forense.

Por otro lado no se constata en la historia clínica ninguna incidencia durante la intervención quirúrgica que pudiera evidenciar la existencia de mala praxis, ni el reclamante ha aportado prueba alguna en este punto. No obstante, a pesar de que la asistencia sanitaria dispensada fuera correcta desde la perspectiva de la *lex artis*, resulta evidente que se produjo una de las complicaciones posibles de este tipo de intervención y, como tal, prevista en el documento de consentimiento informado.

Asimismo, una vez diagnosticada la perforación del bazo, las actuaciones posteriores, a juicio del médico inspector, *“se consideran ajustadas a la mejor práctica clínica”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado *mala praxis* en la asistencia sanitaria prestada al paciente ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 30 de marzo de 2017

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 138/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid