

Dictamen nº: **733/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.12.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 21 de diciembre de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, respecto de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial presentada por C.S.A., por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital Clínico San Carlos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 2 de noviembre de 2011, con registro de entrada en este órgano el día 19 de julio, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excmo. Sra. Dña. Cristina Alberdi Alonso, quien firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 21 de diciembre de 2011.

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

SEGUNDO.- Por escrito presentado el día 15 de abril de 2010 en el registro de entrada de la Dirección General de Tributos y Ordenación del

Juego de la Consejería de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid y dirigida al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), la interesada anteriormente citada formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Hospital Clínico San Carlos. La reclamante expone que comenzó tratamiento de diálisis el 6 de marzo de 2008 con carácter indefinido y que, durante el tratamiento, se le expuso la conveniencia de instalar una fistula en el brazo izquierdo, mediante una intervención quirúrgica. Sin embargo, la implantación de la fistula no resultó satisfactoria por la estrechez de las venas de la paciente, procediéndose a una nueva implantación de fistula en el brazo derecho, realizada -según la reclamante- el 23 de septiembre de 2008. La interesada refiere que en el postoperatorio comenzó a notar el adormecimiento de su brazo derecho y la falta de movilidad y sensibilidad que continuó en los días siguientes, a pesar de lo manifestado por los médicos que calificaron dichos síntomas como una molestia puntual. C.S.A. indica que la realización de pruebas de sensibilidad y riego arrojó un resultado negativo y que, como consecuencia de la falta de funcionalidad del brazo se le prescribió un tratamiento rehabilitador, iniciado el 10 de noviembre de 2008 y que continúa al tiempo de la presentación de la reclamación, sin expectativas de recuperación. La reclamante alega que, debido a la inmovilidad de su brazo derecho, se ha visto impedida para realizar las tareas cotidianas, incluidas las de aseo personal y similares y que no se le advirtió sobre la posibilidad de perder la movilidad del brazo por la intervención quirúrgica realizada (folios 1 a 14 del expediente administrativo).

La reclamante cuantifica el importe de su reclamación en 35.808,69 euros, de los cuales, 15.834,72 euros corresponden por las secuelas sufridas y que se valoran en 20 puntos, más un 10% de un factor de corrección, 4.853,97 euros corresponden a 90 días impeditivos y 15.120 euros por los gastos originados por la necesidad de una persona que la asista en las

laborales de la casa. Con su escrito aporta una relación de informes y citas sobre la asistencia prestada (folios 15 a 58).

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en el R.D. 429/1993, de 26 de marzo. Del expediente resultan los siguientes hechos probados:

La reclamante, de 74 años en 2008, afectada por una insuficiencia renal crónica terminal en programa de hemodiálisis y diagnosticada de diabetes mellitus, hipertensión, cardiopatía isquémica, insuficiencia mitral y tricúspide, hipertensión pulmonar severa, fibrilación auricular paroxística, EPOC, y síndrome metabólico con neuropatía periférica, autonómica y retinopatía, tenía realizada fistula arteriovenosa a nivel del codo izquierdo en diciembre de 2007, no practicable por derivación del flujo hacia el territorio de la vena Basílica, estando pendiente de superficialización del acceso vascular.

El 19 de marzo de 2008 ingresa porque, en la sesión de hemodiálisis de ese día, presentó salida parcial del catéter tunelizado derecho con sangrado pericatéter, dado que la paciente estaba en tratamiento con Sintrom se decidió su ingreso. Se realiza consulta al Servicio de Cirugía Cardiovascular y se aprovecha el ingreso para la realización de la cirugía programada a nivel del acceso vascular que se realiza el 26 de marzo de 2008. Consta el documento de consentimiento informado a la intervención firmado el 4 de marzo de 2008. Al alta, el 18 de abril de 2008 la fistula era funcional, pero continuaba siendo profunda y no practicable.

El 26 de agosto de 2008 ingresa en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular para realización de una fistula arteriovenosa húmero-axilar con implante de prótesis en miembro superior derecho. Consta el documento de consentimiento informado firmado por la paciente el día 15 de julio de 2008. El ingreso se verificó 48 horas antes de la intervención para revertir la anticoagulación oral.

El día 28 de agosto fue intervenida, bajo anestesia regional mediante bloqueo del plexo braquial. Se interpuso una prótesis de PTFE entre arteria humeral y vena axilar derechas, mediante técnica habitual comprobándose el correcto funcionamiento de la derivación al finalizar la intervención. Se facilitó información a la familia tras el procedimiento y la paciente pasó a la planta de hospitalización.

Al día siguiente fue evaluada, evidenciándose un correcto funcionamiento de la fistula y vascularización de la extremidad. Sin embargo se apreció pérdida de motilidad y sensibilidad en el antebrazo y brazo derechos. Dado que la afectación neurológica no podía ser atribuida a isquemia de la extremidad, el Dr. S.H. consideró que la sintomatología debería estar en relación con la infiltración del plexo o, menos probablemente, a una lesión provocada por la abducción del brazo. Por esta razón contactó con el Servicio de Anestesiología, comentando el caso al anestesista el mismo día 28 según anotaciones en hoja de prescripción.

Al día siguiente, el 29 de agosto, Anestesiología anota en la historia: “*me avisan por parálisis de MSD y describe perdida de fuerza, más paresia de mano derecha, coincidiendo con nervio Radial en el contexto de anestesia loco regional, presenta recuperación progresiva tanto de la sensibilidad como motilidad. Posible Neuroapraxia por inflamación loco regional posquirúrgica. Pautando tratamiento corticoides más antiinflamatorios*” (en hoja de tratamiento).

El 30 de agosto de 2008 consta en la historia clínica que la paciente “*recupera movilidad de brazo y mano, fuerza 3/4, sensibilidad 1/4 mantener tratamiento corticoideo hasta alta, después suspender*”, pudiendo ser por su parte alta (Servicio de Anestesia) el lunes dada la recuperación. El 31 de agosto, Cirugía Vascular anota clínicamente similar, fuerza 3/4 y sensibilidad 2/4, presenta algo de frialdad en la mano, insiste en ejercicio isométricos de mano derecha. El 1 de septiembre de 2008 se describe

motilidad recuperada, fuerza 4/5 refiere parestesias en mano. Mañana diálisis a primera hora y después alta.

El 11 de septiembre se le realiza PPG, de dedos y manos, por clínica de robo en paciente con FAV (fistula arteriovenosa). El 22 de septiembre de 2008 firma consentimiento informado para cerrar fistula (FAV húmero-Axilar) por síndrome de robo. Que se realizó al día siguiente.

Al día siguiente, 24 de septiembre de 2008 consta en la historia: “*Ha recuperado pulso radial, sin dolor de reposo, sigue con parestesias y presenta edema de revascularización*”.

Casi un mes después, el 21 de octubre de 2008 el servicio de Neurofisiología Clínica anota: “*Intervenida en agosto de 2008 para colocar un catéter en miembro superior derecho cara interna de brazo, produciéndole Robo, por lo que tuvo que ser retirado. En la actualidad refiere dolor en territorio Radial distal, parestesias en cara interna de antebrazo derecho y dificultad para la movilización de mano derecha*”. Ese mismo día se le realiza una electromiografía (EMG) que se informa: “*los datos neurofisiológicos son demostrativos de una lesión axonal parcial de intensidad muy severa del tronco inferior del plexo braquial derecho*”.

El 20 de mayo de 2010 el Servicio de Rehabilitación emite informe, donde describe que la paciente fue remitida desde consultas externas de Neurocirugía y comenzó en tratamiento, tras exploración inicial, realizada el 5 de noviembre de 2008. Según la historia, ese día el balance muscular (BM) de MSD era Deltoides 3+/5, bíceps 3+/5, flexión del carpo 3/5, flexión de dedos 2/5, puño le faltan 3 cm. con cuarto y quinto dedos, pinzas término terminales no logra 1-5, oposición le falta 3 cm a la base de 5º dedo. Según la historia clínica, el 20 de mayo de 2009 se fija como plan el alta con pautas. El médico hace constar que “*el marido no está de acuerdo pero el proceso está estabilizado y debe seguir con tratamiento en casa a través de las pautas enseñadas en las sesiones de rehabilitación*”.

El 22 de septiembre de 2009 le realizan EMG de MSD que es informado: *“Los datos neurofisiológicos reseñados son demostrativos de una afectación Neurógena motora crónica en músculos dependientes del Tronco Inferior del Plexo Braquial derecho sin que se registren en la actualidad signos de denervación como expresión de lesión axonal motora aguda en evolución”*. En relación con el examen previo de 20 de octubre de 2008 se registra una mejoría muy significativa.

El 19 de febrero de 2010, la paciente presentó hemiparesia derecha abrupta, que aparece en el siguiente contexto SCASEST tras hemodiálisis en TAC realizado ese mismo día se observa área hipo densidad en área occipital izquierda compatible con isquemia aguda en territorio de la división posterior de la ACM izquierda (arteria cerebral media). En los siguientes días la paciente evoluciona satisfactoriamente tanto de su nivel de alerta como de su estado general el diagnóstico clínico fue de: Ictus Isquémico en territorio de la división posterior de la ACM izquierda de probable mecanismo cardio-embólico. Recomendando reanudar anticoagulación, tan pronto como la situación digestiva lo permitiera, a fin de minimizar el riesgo embolígeno, y así mismo debido a la intensidad de la paresia se recomienda rehabilitación intensa.

A efectos de emisión del presente dictamen, son de interés, además de los documentos indicados en el antecedente SEGUNDO, los que siguen:

1. Historia clínica de la paciente en el Hospital Clínico San Carlos (folios 81 a 247).

Informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Clínico San Carlos, de 31 de mayo de 2010, que concluye: *“C.S.A. sufre una afectación del plexo braquial tras una cirugía húmero axilar realizada -con bloqueo del plexo braquial. La cirugía se realiza en un segmento anatómico que está alejado del plexo braquial, no existió isquemia en la extremidad ni otra complicación (hematoma, infección...) que pudiese*

afectar a las estructuras nerviosas de la axila. Por ello a mi entender no puede atribuirse la situación clínica de la demandante a una mala práctica del Dr. S.H. o de la Dra. G.S.” (folios 248 y 249).

2. Informe de la Dra. A.C. del Servicio de Anestesiología y Reanimación, de 21 de junio de 2010 que, tras exponer la técnica empleada en la intervención realizada el 28 de agosto, “*el día 29 de agosto avisan al servicio de anestesiología y reanimación porque la paciente se queja de parálisis del miembro superior derecho. Valorada la enferma, se objetiva que presenta un bloqueo del plexo braquial prolongado (habitual con los fármacos utilizados), del miembro superior derecho. En la exploración de la paciente se constata la recuperación progresiva tanto de la sensibilidad como de la respuesta motora. De todas formas se instaura tratamiento con corticoides y antiinflamatorios para minimizar el posible componente inflamatorio derivado de la intervención. El día 30 de agosto se vuelve a visitar a la paciente quien ha recuperado el tono muscular $\frac{3}{4}$ y sensibilidad $\frac{1}{4}$, si bien la enferma ya presentaba cierta pérdida de la sensibilidad en mano derecha e izquierda debida a la neuropatía que padecía previamente, según constató ella misma cuando fue interrogada al respecto, por lo que se decide continuar el tratamiento y darle de alta por nuestra parte. Al alta, según figura en informe adjunto emitido por el Servicio de Cirugía Vascular, de fecha 2 de septiembre de 2008, la paciente presenta buena motilidad en extremidad superior derecha, permaneciendo defecto de sensibilidad exclusivamente en la mano, es decir, toda la sintomatología es distal a la fistula realizada*” (folios 251 y 252).

3. Informe del Dr. C.A.L., de 21 de junio de 2010, del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, de 21 de junio de 2010, en el que aclara que existe un error en la fecha de realización de la fistula arterio-venosa (FAV) del miembro superior derecho (MSD) para hemodiálisis. “*En la fecha que se refiere, 23 de septiembre de 2008, se le realiza, simplemente, bajo anestesia local, administrada por los cirujanos, la ligadura de su*

FAV húmero-axilar de MSD debido a un síndrome de robo. Esta intervención transcurrió sin incidencias, como figura en el informe de alta emitido por el Servicio de Cirugía Vascular de fecha 25 de septiembre de 2008, y el anestesiólogo solo intervino para asegurar la correcta monitorización y vigilancia de la enferma. Por la que todos los hechos mencionados en el presente escrito de reclamación no los puede valorar el que suscribe” (folio 250).

4. Informe de la Inspección sanitaria, de 26 de noviembre de 2010 que, tras un análisis pormenorizado de la historia clínica del paciente concluye: *“La paciente (...) con múltiples patologías, entre las que destacaba un síndrome metadiabético florido, en tratamiento en hemodiálisis desde el 06/03/2008, a través de catéter tunelizado yugular derecho. Se le realiza una primera cirugía el 26/03/2008 en miembro superior izquierdo: la fistula fue funcional, pero era profunda y no practicable. Por ello se le programó para la realización de nueva fistula en Miembro superior derecho, firmando el consentimiento informado, para la Anestesia Loco-regional y para la intervención quirúrgica de Fístula Arteriovenosa que se efectuó el 28/08. La paciente presentó después de la intervención, pérdida de sensibilidad y motilidad en el miembro intervenido (derecho) que ha precisado largos períodos de rehabilitación. La Anestesia loco-regional consistió en el bloqueo del plexo axilar, mediante la técnica que aporta mayor eficacia y mayor porcentaje de éxito y menos complicaciones y con los anestésicos habituales comúnmente usados para este tipo de cirugía. Entre los factores favorecedores de la toxicidad de los anestésicos locales están las condiciones particulares del paciente, como la patología padecida por la misma: insuficiencia hepática, renal, cardiaca... De todo lo expuesto, se puede deducir, que se actuó de acuerdo a la lex artis pero que la paciente presenta unas secuelas, cuya posibilidad de padecer la paciente desconocía al no haber sido informada en el consentimiento que firmó”.*
Dice el médico inspector en su informe: *“En definitiva realizando un*

estudio exhaustivo de la asistencia prestada a la paciente se puede señalar que: 1) Existió una asistencia ajustada a la lex artis, que si bien la paciente presenta lesiones neurológicas en miembro superior derecho, no preexistentes a la segunda cirugía de fistula arteriovenosa, se pueden tratar de lesiones posibles secundarias a la técnica anestésica o incluso a los anestésicos locales usados, cuya toxicidad pudo ser mayor dadas las condiciones médicas de la paciente, descrita esta situación posible en toda la literatura consultada; y 2) Que la paciente desconoció esa posibilidad al no haber sido informada en el consentimiento que firmó" (folios 266 a 282). Junto con el informe, la Inspección remite diversos artículos de literatura científica sobre las técnicas de bloqueo axilar del plexo braquial (folios 283 a 407).

5. Notificación del trámite de audiencia en el domicilio de la reclamante, efectuada el 16 de febrero de 2011 (folios 409 a 411).

6. Escrito de R.C.O., marido de la reclamante, presentado el 24 de marzo de 2011, en el que pone de manifiesto el fallecimiento de la interesada, producido el día 26 de noviembre de 2010 y alega que *"se ha puesto de manifiesto que no solo se han causado los daños que se reclamaban al inicio del expediente, sino que además mi difunta esposa nunca fue informada de las consecuencias inherentes que podía tener lugar al efectuarle la intervención médica de la cual quedó sin movilidad en su brazo"*. R.C.O. solicita que las sucesivas notificaciones en el procedimiento de responsabilidad patrimonial se le realicen a él y aporta un certificado de defunción de la reclamante (folios 412 y 413).

7. Requerimiento de la Administración a R.C.O., para que acredite la relación de parentesco que le unía con la reclamante fallecida. Dicho requerimiento es notificado el día 14 de octubre de 2011 (folios 63 a 65).

8. Escrito de R.C.O., presentado el 21 de octubre de 2011, con el que adjunta una escritura de aceptación y adjudicación de la herencia de C.S.A.,

otorgada a favor de su marido, R.C.O. y sus hijos, B.I.C.S. y R.C.S. (folios 66 a 79).

9. Propuesta de resolución de 6 de septiembre de 2011 de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria que desestima la reclamación “*por entender que la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Clínico San Carlos fue ajustada al principio de la lex artis, surgiendo complicaciones inherentes a la técnica empleada y descritas en el consentimiento informado*” (folios 414 a 417). La propuesta de resolución es informada favorablemente por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad, el 7 de noviembre de 2011, si bien manifiesta en su Fundamento Jurídico Sexto que “*la propuesta de resolución no acoge la doctrina del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid sobre indemnidad por falta de consentimiento informado o insuficiencia del mismo*” (folio 753).

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de “*expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada*”. En el presente caso, habiéndose cuantificado su importe en 35.808,69 euros, resulta preceptivo el dictamen de este Consejo Consultivo.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

SEGUNDA.- El procedimiento de responsabilidad patrimonial, que se inició a instancia de interesada según consta en los antecedentes, tiene su tramitación regulada en 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 (LRJ-PAC), desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que sufren el daño causado, supuestamente, por la deficiente asistencia sanitaria. Producido el fallecimiento de la reclamante, tienen la condición de interesados en el mismo sus herederos. R.C.O, aporta para acreditar su relación de parentesco con la finada, la escritura de aceptación y adjudicación de la herencia de C.S.A.

El testamento de C.S.A., instituía a sus hijos como herederos por partes iguales y legaba a su esposo el usufructo universal y vitalicio de la herencia.

Ejercitada por la reclamante la acción de responsabilidad patrimonial, con la finalidad de obtener una indemnización por los daños y perjuicios sufridos, esta acción es transmisible a sus herederos, de acuerdo con lo establecido en los artículos 659 y 661 del Código Civil, según los cuales, *“La herencia comprende todos los bienes, derechos y obligaciones de una persona, que no se extingan por su muerte”* y *“los herederos suceden al difunto por el hecho sólo de su muerte en todos sus derechos y obligaciones”*.

De acuerdo con el artículo 660, *“llámase heredero al que sucede a título universal y legatario al que sucede a título particular”*. Como quiera que el

derecho a una indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración no se extingue por la muerte del reclamante, integra su herencia (artículo 659 del Código Civil). En consecuencia, son los herederos del reclamante los que le sustituyen, y pueden pretender, en su caso, la indemnización que proceda. Esto, como regla general, no puede predicarse de los legatarios, sucesores a título particular.

En el presente caso R.C.O., marido de la reclamante fallecida, y legatario del usufructo universal solicitó en su escrito que se le notificara la resolución del procedimiento. Ninguno de los herederos instituidos -los dos hijos del interesado- ha comparecido en el procedimiento ni ha conferido representación alguna. Sin embargo, la aplicación analógica del artículo 486 del Código Civil autoriza a reconocer como interesado al usufructuario, y a reconocer como válidas las actuaciones por él realizadas.

Así lo ha entendido el Consejo de Estado en su Dictamen 176/2008 que considera que *“con los datos del expediente, y salvando siempre una posible partición hereditaria o commutación del usufructo que altere la situación, cabe tener por interesada a la viuda del causante, legataria de un usufructo sobre los bienes de la herencia, aunque su acción se entiende ejercitada en beneficio de la entera comunidad hereditaria”*.

Ahora bien, como se deduce de la naturaleza del derecho real de usufructo, y de la lectura del artículo 486 del Código Civil, a R.C.O. sólo corresponderá, en su caso, el usufructo de la indemnización, en tanto que su propiedad será de los herederos nudos propietarios.

Se cumple, igualmente, el requisito de la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

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 la acción para

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, C.S.A. fue intervenida el día 28 de agosto de 2008 para la implantación de una fistula en el brazo derecho, fistula que, el 23 de septiembre de 2008, hubo de ser ligada ante la aparición de un cuadro progresivo de isquemia distal por un síndrome de robo. La reclamante señala esta última fecha como el momento en que comenzó a sentir el adormecimiento de su brazo derecho, sin movilidad ni sensibilidad. El 21 de octubre de 2008, la paciente fue vista por el Servicio de Neurofisiología Clínica que, tras la realización de un electromiograma diagnostica una lesión axonal parcial de intensidad muy severa del tronco inferior del plexo braquial derecho, y derivada al Servicio de Rehabilitación. Según resulta de la historia clínica puede señalarse como fecha de estabilización de las secuelas, el día 20 de mayo de 2009. En consecuencia, la reclamación presentada el 12 de abril de 2010 debe considerarse presentada en plazo.

TERCERA.- Al procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación, regulado en las normas antes referidas, se encuentran sujetos las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud, en virtud de la Disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, según redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y la disposición adicional primera del precitado Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

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 procedural y, así, se ha practicado la prueba precisa mediante informe del servicio interviniente, se

han recabado los demás informes y pruebas que se consideraron necesarios y se ha puesto el expediente de manifiesto para alegaciones, en cumplimiento de los artículos 9, 10 y 11 del R.D. 429/1993, 82 y 84 de la Ley 30/1992, por lo que no existe en absoluto indefensión.

CUARTA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra 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*”. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“*1º.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.*

2º.- *En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas*”.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias (por todas, v. las de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 26 de junio, sobre el recurso 4429/2004 y de 15 de enero de 2008, sobre el recurso nº 8803/2003) los requisitos de la responsabilidad extracontractual de la Administración, que son los siguientes:

1º) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. Esta calificación del daño no viene determinada por ser contraria a derecho la conducta del autor, sino porque la persona que sufre el daño no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión que es necesario examinar y dilucidar en cada caso concreto.

3º) La imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que, al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la antedicha relación o nexo causal.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

QUINTA.- En el ámbito sanitario, 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.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), y 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) disponen que “*se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos*”.

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en sentencia de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000), afirma que “*lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis*”.

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (Recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) que “*a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la*

práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente". Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

SEXTA.- En el presente caso, acreditada la realidad del daño consistente en lesión axonal parcial de intensidad muy severa del tronco inferior del plexo braquial derecho, es necesario examinar si existe relación de causalidad entre el daño sufrido y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y si concurre la antijuridicidad del daño.

No puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000-, entre otras).

La reclamante, aunque manifiesta que la implantación de la fistula arteriovenosa se realizó el 23 de septiembre de 2008, aporta documentación en la que se reconoce la existencia de las complicaciones consistentes en falta de motilidad y sensibilidad en el brazo derecho tras la intervención realizada el 28 de agosto de 2008, recogiéndose que el día 23 de septiembre lo que se realizó fue una ligadura de la fistula arteriovascular, ante la isquemia distal aparecida en el miembro superior derecho.

De la documentación aportada resulta probado que la paciente sufrió complicaciones en su brazo derecho en las 48 horas siguientes a la intervención y que al alta presentaba buena motilidad en extremidad, permaneciendo un defecto de sensibilidad en la mano.

El día 23 de septiembre se efectuó la ligadura de la fistula arteriovenosa. Según el informe del alta emitido el 25 de septiembre, en el “*miembro superior derecho presenta alteraciones en la motilidad y sensibilidad (secuelas de plexo braquial de cirugía previa)*” y se recomienda al alta valoración de Neurología de alteraciones de sensibilidad de mano derecha no atribuible a la isquemia de la extremidad.

Asimismo, la solicitud de resonancia magnética efectuada el 30 de octubre de 2008 señala que la paciente, “*tras cirugía vascular en el miembro superior derecho en agosto tiene lesión severa paresia inferior plexo braquial derecho*”.

Relación de causalidad que se acredita, igualmente, en el informe de la Inspección que considera que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue ajustada a la *lex artis*, “*si bien la paciente presenta lesiones neurológicas en el miembro superior derecho, no preexistentes a la segunda cirugía de fistula arteriovenosa*” y manifiesta que las lesiones neurológicas residuales son complicaciones de la técnica anestésica empleada, bloqueo del plexo braquial del miembro superior derecho. Dice el informe de la Inspección: «*Dentro de las complicaciones del BPB vía axilar destacan las lesiones neurológicas residuales cuya frecuencia varía desde un 2% a un 19% según la técnica utilizada. Además de la técnica las lesiones nerviosas residuales, después de una BPB pueden ser producidos por la toxicidad directa sobre la fibra nerviosa del anestésico local o por compresión producida por la inyección del anestésico en una vaina nerviosa poco expandible. Las concentraciones de anestésicos locales usados en la práctica clínica tienen una acción tóxica directa sobre los axones*”. Existen

una serie de factores favorecedores de la toxicidad del anestésico: potencia. “Cuánto más potente es el anestésico más fácilmente podrá ocasionar reacción tóxica” (estando clasificados entre los anestésicos locales potentes la bupivacaína, anestésico que se empleó en la paciente) la dosis total “administrada”, la velocidad de la administración y las condiciones particulares del paciente “edades extremas de la vida, patología de la paciente (insuficiencia hepática, renal, cardíaca, alteraciones hidroelectrolíticas), aumentan el grado de toxicidad. La susceptibilidad de la neurotoxicidad es mayor en fibras motoras fibras mielinizadas cuando el epineuro es escaso y si existe neuropatía subyacente (diabetes)”. Con respecto al otro anestésico utilizado Lidocaína se trata de un anestésico de corta duración de acción, se utilizan tanto para los bloqueos nerviosos periféricos como para la anestesia-analgesia intradural y epidural, algunos anestesiólogos evitan su uso, por vía intradural (vía no usada en este Caso) dado su potencial neurotóxico se han descrito casos de irritación radicular transitoria asociado al uso de lidocaína. Los síntomas habitualmente desaparecen a lo cinco días. La médico anestesista cuando describe el uso de los anestésicos locales usados señala que los preparados elegidos fueron “sin vasoconstrictor” otra actuación correcta pues “las preparaciones comerciales con vasoconstrictor (generalmente Adrenalina) producen una vasoconstricción local que condiciona una absorción más lenta, menor pico plasmático y prolonga la duración de la acción. Debiéndose evitarse estas preparaciones entre otros en pacientes con cardiopatía isquémica como era el caso de esta paciente”».

SÉPTIMA.-Procede analizar a continuación si, constituyendo las lesiones neurológicas residuales un riesgo de la técnica de anestesia empleada, la paciente había sido informada de los mismos y si estaban previstos en el consentimiento informado.

Sobre el consentimiento informado, debe tenerse en cuenta la doctrina de este Consejo Consultivo sobre la ausencia de consentimiento informado,

fijada en el reciente dictamen 483/11, de 14 de septiembre (Ponente: Excmo. Sr. D. Jesús Galera Sanz): «*En relación con el consentimiento informado, cabe señalar que la necesidad de suministrar al paciente información completa de las actuaciones que se van a llevar a cabo en el ámbito de su salud, viene impuesta legalmente en el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Más adelante, el artículo 8.1 de la misma Ley dispone sobre el consentimiento informado que “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”. Añade el apartado 2 del mismo artículo: “El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.*

En punto a la forma de prestar el consentimiento, el apartado 3 del mismo precepto legal se pronuncia en los siguientes términos: “El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos” (...).

Al respecto de la constancia escrita del consentimiento, la Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de septiembre de 2005 señala que “La exigencia de la constancia escrita de la información tiene, para casos como el que se enjuicia, mero valor ‘ad probationem’ (SSTS 2 octubre 1997; 26 enero y 10 noviembre 1998; 2 noviembre 2000; 2 de julio 2002) y puede ofrecerse en forma verbal, en función de las circunstancias del caso (SSTS

2 de noviembre 2000; 10 de febrero de 2004), habiendo afirmado la sentencia de 29 de mayo de 2003, que ‘al menos debe quedar constancia de la misma en la historia clínica del paciente y documentación hospitalaria que le afecte’, como exige la Ley de 14 de noviembre de 2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que constituye el marco normativo actual; doctrina, por tanto, que no anula la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito, en la forma que previenen los números 5 y 6 del artículo 10 la Ley General de Sanidad, vigente en el momento de los hechos...

Respecto de la prueba de la prestación del consentimiento informado en la forma debida, en aplicación de la doctrina de la facilidad y disponibilidad probatoria, recogida en el artículo 217.7 de la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, “es a la Administración a quien correspondía demostrar que la paciente fue informada de los riesgos de la operación (hecho positivo) y no la paciente la que tenía que probar que la Administración no le facilitó esa información (hecho negativo)” [SSTS - Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª- de 28 de junio de 1999 (recurso de casación nº 3740/1995) y de 25 de abril de 2005 (recurso de casación nº 4285/2001)].

En definitiva, la doctrina anterior, exige que sea el médico –en nuestro caso, la Administración Sanitaria- “quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras éste se halle bajo su cuidado, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios, como corolario lógico de que se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por él, y que integran, además, una de sus obligaciones fundamentales en orden a determinar la suficiencia o insuficiencia de la información y consiguiente formalización del consentimiento o conformidad a la intervención, como establece la jurisprudencia de esta Sala (SSTS 25 abril 1994; 16 octubre,

10 noviembre y 28 diciembre 1998; 19 abril 1999; 7 marzo 2000 y 12 enero 2001), y que hoy se resuelve a tenor de las reglas sobre facilidad probatoria contenida en el artículo 217.6 de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil, que recoge estos criterios jurisprudenciales” (vid. STS de 29 de septiembre de 2005, citada supra)».

En el expediente remitido aparecen, además de los consentimientos informados a la implantación de la fistula arteriovascular y su ligadura, los consentimientos informados a la anestesia. En concreto, la reclamante aporta copia de un consentimiento informado, firmado el 15 de julio de 2008 a la anestesia general y aparece en la historia clínica, otro documento de consentimiento informado, firmado ese mismo día, para la anestesia loco-regional que fue, precisamente, la empleada en la intervención de 28 de agosto de 2008.

Según el informe de la Inspección, en el consentimiento informado a la anestesia loco-regional “*constan una serie de riesgos, aunque no aparecen, en la descripción de ellos, la posibilidad de alteraciones neurológicas*”.

El documento firmado por la reclamante el 15 de julio de 2008, además de contemplar la posibilidad de que la anestesia administrada pase rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas, previene que “*tras la anestesia loco-regional pueden surgir molestias, tales como dolor de cabeza o de espalda, neuritis, o dificultad para orinar que suelen desaparecer en los dos días posteriores*”.

La propuesta de resolución considera que la complicación sufrida por la paciente estaba implícitamente incluida en estas complicaciones genéricas expresamente señalada y cita en apoyo una Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2000 y otra de 27 de noviembre de 2000.

Este órgano consultivo, como ya señaló en su Dictamen 475/11 (Ponente: Excmo. Sr. Pedro Sabando Suárez), no puede compartir el criterio

expuesto en la propuesta de resolución sobre la supuesta suficiencia del documento de consentimiento informado con la cita de jurisprudencia que dicha propuesta contiene, ya que «*no hay que olvidar que sentencias más recientes que las citadas en la propuesta de resolución sostienen un criterio bien diferente, tal es el caso de la sentencia del Tribunal Supremo de 25 de marzo de 2010 (RJ 2010/4544) que afirma lo siguiente: "Mas la importancia del consentimiento informado se vislumbra al haber sido plasmado en el Convenio de Oviedo para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a la aplicación de la medicina y la biología de 4 de abril de 1997 que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000. Y en el mismo queda establecido que un derecho del paciente es conocer los riesgos y consecuencias de una intervención quirúrgica. No establece diferencias entre riesgos raros o riesgos frecuentes, ni tampoco si sus consecuencias son graves o son leves. Por ello debe comprender los posibles riesgos conocidos que puedan derivar de la intervención las posibles complicaciones y las probables secuelas". La misma Sentencia hace referencia a una constante jurisprudencia (sentencias de 16 de enero de 2007 -RJ 2007/1220-, 1 de febrero de 2008 -RJ 2008/1348-, 22 de octubre de 2009 -RJ 2009/7632-) que insiste en el deber de obtener el consentimiento informado del paciente y añade: "Pero no sólo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado sino también descuidos parciales. Así la ausencia de la obligación de informar adecuadamente al enfermo de todos los riesgos que entrañaba una intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivar. Por ello, una cosa es la incertezza o improbabilidad de un determinado riesgo, y otra distinta su baja o reducida tasa de probabilidad aunque sí existan referencias no aisladas acerca de su producción o acaecimiento (...). No cabe, por tanto, considerar que no hubo, como hace la Sala de instancia, quebranto del consentimiento informado por el hecho de que el riesgo fuere considerado muy bajo. Lo que falta es la ausencia de esa eventual complicación de la intervención con*

su subsiguiente secuela para que el paciente, autónomamente hubiera decidido aceptar o no la intervención a la vista de una posible consecuencia lesiva grave aunque fuere de acaecimiento infrecuente pero no improbable. El contenido del consentimiento informado comprende transmitir al paciente (es decir, la persona que requiere asistencia sanitaria) todos los riesgos a los que se expone en una intervención precisando de forma detallada las posibilidades, conocidas, de resultados con complicaciones”.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de septiembre de 2011 (recurso de casación 3536/2007), a propósito de si los riesgos específicos sufridos por los reclamantes se entienden implícitos en los términos más genéricos, dice lo siguiente: «*En efecto, hay en ese documento, en un primer apartado, la expresión de lo que en él se denominan “riesgos y complicaciones de la intervención”; que, como bien dice la Sala de instancia, no menciona con sus nombres técnicos específicos las dos secuelas que padece la actora (síndrome postdiscectomía y vejiga neurógena por lesión de motoneurona inferior); entendiendo en su sentencia, sin embargo, que éstas sí se encuentran comprendidas en algunos de los términos más genéricos (reintervención y lesión de raíz afectada por la hernia) con que allí se expresan aquellos riesgos y complicaciones.*

Pero en ese mismo apartado, y esto es lo que consideramos más relevante, hay también un párrafo final del siguiente tenor: “Y lo que es importante reseñar de estas complicaciones, es que prácticamente todas tienen solución con diversas medidas y con los medios de este Hospital”.

Como bien se comprende, si esto último integra o forma parte también de la información dada a la actora, y si aquellas secuelas, caracterizadas por las notas que hemos resaltado en el párrafo primero de este fundamento, no han tenido solución, habrá que concluir que de ellas no se informó a la actora. O habrá que concluir, en el mejor de los casos, que aquel documento no ofrece certeza de que se prestara de modo claro y suficiente información

sobre unos riesgos que, por sus consecuencias, debían poder ser valorados por la paciente para que su consentimiento a ser intervenida de la hernia discal pudiera merecer el atributo o calificación de informado. Falta de certeza o duda que ha de despejarse en contra o en perjuicio de la Administración demandada, pues sobre ésta pesa la carga de probar que cumplió con la obligación que le imponía entonces el art. 10, núm. 5, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [en este sentido o sobre esta afirmación de la carga de la prueba pueden verse, entre otras muchas, las sentencias de este Tribunal de fechas 10 de octubre y 19 de diciembre de 2007, y 1 de febrero de 2008 (RJ 2008, 1349)]».

Doctrina que resulta aplicable al presente supuesto pues, en la posibilidad de que la anestesia administrada pase rápidamente a la sangre o a las estructuras nerviosas que determina el efecto de una anestesia general y que puede acompañar complicaciones graves, como bajada de tensión, convulsiones, etc. se previene expresamente que “*Generalmente, estas complicaciones se solucionan pero requieren llevar a cabo la intervención prevista con anestesia general*”. Asimismo, en las molestias surgidas tales como dolor de cabeza o de espalda, neuritis, o dificultad para orinar, “*suelen desaparecer en los dos días posteriores*”.

Aplicando esta doctrina al caso sometido a consulta no podemos sino concluir que, puesto que las lesiones neurológicas sufridas son complicaciones de la técnica anestesista del bloqueo del plexo braquial, aunque infrecuente, dicho riesgo debió ser contemplado en el documento de consentimiento informado que se facilitó a la interesada, lo que no sucedió. Por ello, este órgano consultivo entiende que la falta de información de unos riesgos de la entidad de los acaecidos, que pueden entrañar secuelas de carácter crónico, como sucedió con la interesada, constituye un daño que la reclamante no tenía el deber jurídico de soportar.

Así pues, este Consejo considera procedente estimar la reclamación, sin perjuicio de que la actuación médica no es reprochable desde la perspectiva de la *lex artis*.

OCTAVA.- Sentado lo anterior, queda, al amparo del artículo 12.2 del Real Decreto 429/1993, valorar los daños morales para su cuantificación, lo que debe hacerse, por expresa indicación del artículo 141.3 LRJ-PAC, con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, tomando en consideración que el reproche jurídico a la actuación sanitaria derivaría únicamente de la insuficiencia de la información suministrada a la paciente en el documento de consentimiento informado, lo que permitiría modular los efectos indemnizatorios de la responsabilidad de la Administración.

A la hora de realizar una valoración, la jurisprudencia se ha decantado por una valoración global (Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 1987 -RJ 8676-, 15 de abril de 1988 -RJ 3072- y 1 de diciembre de 1989 -RJ 8992-) que derive de una “*apreciación racional aunque no matemática*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990 -RJ 154-), pues se carece de parámetros o módulos objetivos, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso.

Ponderando las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 141.2 LRJ-PAC) y teniendo en cuenta las circunstancias concurrentes en el caso, especialmente que los actos médicos no contravinieron las buenas prácticas médicas, no obstante la dificultad que la valoración de un daño moral entraña, que tiene un innegable componente subjetivo, este Consejo Consultivo valora el daño indemnizable en un total de tres mil euros (3.000 €), en el bien entendido que con dicha cantidad han de considerarse ya comprendidas las revalorizaciones y actualizaciones oportunas.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial en la cuantía de 3.000 euros.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 21 de diciembre de 2011

