

Dictamen nº:

**491/20**

Consulta:

**Consejero de Sanidad**

Asunto:

**Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación:

**27.10.20**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 27 de octubre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña. ...., en nombre y representación de su marido, D. ...., (en adelante, “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su respectiva suegra y madre, Dña. ...., al considerar que se produjo como consecuencia de la negligente actuación de los Servicios de Urgencias y Cirugía General del Hospital Universitario de la Princesa, así como de la atención prestada en el Centro de Salud Baviera y de la movilización de recursos por parte del SUMMA ante el cuadro de dolor abdominal que presentaba, que evolucionó a shock y fallecimiento.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.**- Por escritos presentados en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital Universitario de La Princesa el 6 de marzo de 2019 y en el Centro de Salud Baviera, el 13 de marzo de 2019, la primera persona citada en el encabezamiento solicitó el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de

su suegra que atribuye una incorrecta asistencia sanitaria prestada en los citados centros.

Señala la reclamación que el 2 de febrero de 2019 la paciente, de 87 años de edad, ingresó en Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa a las 19:30 horas aproximadamente. Al ingreso, refiere dolor abdominal, malestar general e imposibilidad para defecar a pesar de haberlo intentado con supositorios de glicerina. Afirma la reclamación que habitualmente su tránsito intestinal era correcto y diario.

Según el escrito, se le realiza analítica mediante extracción de muestra rectal, y se le administra Primperán y suero. Refiere la representación del reclamante que a las 03:15 horas abandonaron Urgencias con informe de alta, siendo el diagnóstico de trastorno intestinal y prescripción de Movicol en sobres y Nolotil/Paracetamol como laxante y analgésico respectivamente.

Continúa el relato exponiendo que la mañana del 4 de febrero de 2019 la paciente continuaba con dolor intenso pese al tratamiento, por lo que acudieron al Centro de Salud Baviera, tal y como se les había indicado en Urgencias. A pesar de que solicitaron ambulancia, se trasladaron a pie dado que en la citada fecha había huelga de taxis. Manifiesta el escrito que, llegados al centro de salud, la doctora de Atención Primaria habitual de la paciente se encontraba atendiendo a pacientes urgentes, dado lo cual la examinó una sustituta. Esta última afirmó, según el relato, que el tratamiento de Urgencias era correcto y que siguiera con él, “*apenas la miró*”, señalan, y les dijo que volvieran al día siguiente si la paciente continuaba con tales síntomas para que la atendiera una doctora que conociera mejor su historia clínica.

El escrito cuestiona la relación entre la historia clínica de la paciente y su padecimiento en ese momento, señalando además que se trataba de una mujer fuerte, que había sufrido una Guerra Civil,

hambre y cuatro partos sin epidural y, cuando se quejaba porque le dolía, “*es que para otro se está muriendo*”.

Continúa el escrito refiriendo que el 4 de febrero de 2019, por la tarde, la paciente decide acudir a Urgencias porque la situación es grave, para lo cual llaman al 112 y solicitan una ambulancia para el traslado al Hospital Universitario de La Princesa, encontrándose su domicilio a unos 15 minutos a pie del citado centro hospitalario. Señalan que, al cabo de tres horas de espera, se presentó un médico en el domicilio, que urgió al 112 para que enviara una ambulancia pues la situación era urgente. La ambulancia, según la reclamación, tardó una hora más en llegar, es decir, cuatro horas de espera en total.

Cuestiona la reclamación por qué no se envió una UCI móvil desde el primer momento y no un médico, cuando el propio 112 telefónicamente estimó la situación como de gravedad, así como la profesionalidad de los facultativos de un “*hospital público de 1<sup>a</sup> categoría*”.

En cuanto a la atención en el Centro de Salud Baviera, reprocha el segundo de los escritos citados la actuación de las dos facultativas de Medicina de Familia, la titular y la sustituta, alegando la inatención de la primera y el diagnóstico y valoración inadecuados de la segunda. Señala el escrito que no sólo no se les hizo caso sino que se les aconsejó un tratamiento laxante cuando padecía una perforación intestinal ocasionada por una neoplasia de colon. Refiere la reclamación que la paciente superó la intervención de colon pero no la sepsis provocada y agravada, según afirma, por la actuación sanitaria reprochada, máxime cuando se envió a la paciente de vuelta a su domicilio andando.

Se adjuntan con los escritos de reclamación certificado de defunción de la paciente y diversa documentación médica acreditativa de la atención sanitaria recibida.

Posteriormente, el 19 de junio de 2019, y a requerimiento del órgano instructor del procedimiento, el marido de la solicitante inicial e hijo de la fallecida, presenta escrito afirmando que su mujer obró en todo momento en su nombre debido al duelo y a su pobre estado de salud, debiéndose entender que él suscribe las denuncias pasadas y la causa actual y que, a través de tal escrito, da plenos poderes a su esposa para obrar y proseguir en su nombre en la causa patrimonial seguida por el fallecimiento de su madre, firmando ambos la solicitud.

Aporta junto con el escrito, copia del Libro de Familia para acreditar la relación de parentesco.

**SEGUNDO.**- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos de interés para la emisión del presente dictamen:

Se trata de una paciente, de 88 años de edad, con antecedentes de intolerancia al ibuprofeno, prótesis bilateral de cadera, prolapso uterino y cefalea inespecífica de posible origen tensional.

Con fecha 2 de febrero de 2019, a las 17:22 horas, se recibió una llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA-112 alertando de una paciente mujer de 88 años de edad, que fue atendida por médico coordinador, registrándose como datos de sintomatología "*dolor abdominal*". El médico regulador que atendió la llamada consideró necesario que la paciente fuera valorada en el servicio de urgencias hospitalario, siendo derivada al hospital por sus propios medios.

La paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa por estreñimiento de tres días de evolución y dolor abdominal difuso acompañado de náuseas. Refiere deposiciones de escasa cuantía el día anterior y ese mismo día, de características normales, más blandas de lo habitual. Niega hábito estreñido. Ha estado poniéndose supositorio sin mejoría.

Se registran antecedentes y exploración física (exploración abdominal con ruidos hidroaéreos disminuidos, sin timpánicos, leve molestia a la palpación profunda en hipogastrio, no se palpan masas ni megalias, sin defensa abdominal, sin signos de irritación peritoneal, Murphy y Blumberg negativos). En la exploración anal, no se aprecian hemorroides ni fisuras, esfínter normotónico no doloroso, no se palpan masas ni fecaloma, se palpan heces blandas, dedil manchado de heces de características normales.

Se realizan pruebas complementarias (gasometría venosa, coagulación, bioquímica, hemograma con discreta neutrofilia, radiografía de abdomen descrita como abundantes heces en marco cólico, dilatación de asa colónica y niveles hidroaéreos en la placa en bipedestación). Se pauta analgesia y se solicita, ante los hallazgos radiológicos y la clínica de la paciente, valoración por Cirugía General.

Se valora por parte de Cirugía General y del Aparato Digestivo, reexplorando abdomen, objetivando ruidos hidroaéreos positivos, abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación, levemente timpánico, sin signos de irritación peritoneal y describiendo la radiografía realizada abundantes heces en marco colónico sin objetivarse signos que sugieran obstrucción intestinal.

Por mejoría clínica y descartándose patología quirúrgica urgente, se dio el alta recomendándose seguimiento de estreñimiento, control por médico de Atención Primaria y, en caso de empeoramiento o no

mejoría a pesar de la medicación, solicitar de nuevo valoración médica.

Con fecha 4 de febrero de 2019 la paciente acudió al Centro de Salud Baviera donde, tras solicitar ser valorada por dolor abdominal, se describe importante distensión sin signos de irritación peritoneal pautándose nolotil si dolor y control por su médico. Consta en la historia clínica que ha tomado laxante y que ya va al baño. No hay episodios previos de estreñimiento.

El día 4 de febrero de 2019, a las 22:08 horas se recibió nueva llamada en el Servicio Coordinador de Urgencias del SUMMA-112, registrándose como datos de sintomatología: *"dolor abdominal, estreñimiento de 6 días de evolución"*. Por su importancia, se reproduce literalmente la conversación telefónica:

*"4 de febrero de 2019 – 17.22-22:10 HORAS*

*Médico SUMMA: Hola, muy buenas noches*

*Alertante: Hola, buenas noches*

*Médico: ¿Qué le pasa a (...)?*

*Alertante: A ver, que el otro día estuvimos en el hospital porque estaba estreñida y...*

*Médico: Sí*

*Alertante: Y tenía acumulación de heces en el intestino, entonces... dijeron que si no remitía...*

*Médico: Vale*

*Alertante: ...siguiera tomando medicamentos, entonces es que tiene los fuertes dolores en el...*

*Médico: Y sigue sin poder hacer, ¿no?*

*Alertante: Pues nada, no, no, no ha soltado y tiene el vientre duro*

*Médico: Claro ¿de cuántos días lleva así?*

*Alertante: Pues lleva...desde que ingresó, lleva tres días.*

*Médico: Más no sé qué... ¿cuántos llevará?*

*Alertante: 5 ó 6*

*Médico: 6 días vamos a poner, vale pues hay que ir al hospital, te voy a poner una ambulancia ¿vale?*

*Alertante: Sí, porque no se puede mover.*

*Médico: Claro, ya lo comprendo ¿eh?, vale pues pondremos una ambulancia para ir al hospital ¿vale?*

*Alertante: Vale*

*Médico. ¿Vale? Venga, hasta luego*

*Alertante: Hasta luego”.*

Posteriormente, el médico regulador constató la demora de la llegada del recurso de ambulancia, y asignó otro recurso, una Unidad de Atención Médica Domiciliaria (UAD) para que un médico acudiera al domicilio y valorara a la paciente.

El médico de la UAD valoró y exploró a la paciente en su domicilio. Realizó una evaluación primaria de vía aérea, ventilación, circulación y nivel de conciencia, cuyos hallazgos eran normales en ese momento. También realizó una exploración secundaria neurológica, constatando que no habla signos de focalidad neurológica. Respecto a la exploración abdominal, registró que presentaba dolor a la palpación en todo el abdomen: "*dolor abdominal en cuadrantes inferiores izquierdo y derecho, en cuadrante superior derecho, blumberg + en cuadrante inferior y superior del lado izquierdo y en cuadrante superior e inferior derecho*", pero con constantes vitales normales (tensión arterial, temperatura, saturación de oxígeno y estado cognitivo normal). Emitió como juicio clínico "*dolor abdominal difuso, con estreñimiento, a filiar, sin riesgo vital en ese momento*".

Consta en el informe emitido por el SUMMA el 29 de noviembre de 2019 que las llamadas con el médico del SUMMA 112 de las 23:28 horas del día 4 de febrero y 00:59 horas del día 5 de febrero no han sido localizadas.

En la historia clínica consta hoja de evaluación y transferencia por parte de la Cruz Roja, donde se indica activación a las 03:34 horas, intervención a las 03:40 horas y hospital a las 03:59 horas del día 5 de febrero de 2019.

El 5 de febrero de 2019, la paciente ingresó de nuevo en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, a las 04:00 horas, por dolor abdominal y estreñimiento.

Presenta en la exploración dolor abdominal, abdomen duro y distendido, piel pálida, fría y deshidratada. El Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo reexplora a la paciente describiendo abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación en hipogastrio, ruidos hidroáreos negativos. Se realizan pruebas complementarias mostrando leucopenia, acidosis metabólica,

hipopotasemia, bicarbonato 1.8 y creatinina 1.2. En la radiografía se mostraba patrón en pilas de moneda con heces y gas en ampolla rectal.

Ante estos hallazgos clínicos y radiológicos, se solicita TAC urgente que objetiva abundante líquido libre con extenso neumoperitoneo secundario probablemente a perforación colónica por tumor estenosante de sigma. El diagnóstico es de neoplasia maligna de colon descendente izquierdo.

Se informa a la paciente y su hijo sobre el diagnóstico y la necesidad de intervención quirúrgica urgente, con la posibilidad de estoma definitivo, que entiende y acepta. Consta en la historia clínica que se habla con el hijo sobre la gravedad de la situación y el pronóstico, así como sobre la probable necesidad de estancia prolongada en UCI/REA. Se activa código sepsis, se pauta meropenem intravenoso y se indica cirugía urgente mediante colectomía total con ileostomía el día 5 de febrero de 2019 con necesidad de noradrenalina en intraoperatorio y acidosis láctica con pH de 7.17.

En Reanimación, la paciente se encuentra inestable hemodinámicamente. Se informa por cultivos urgentes de la presencia de bacilos gram negativos y positivos en líquido peritoneal (más tarde se identifican como *E. coli* blee, *E.faecalis*, *Actinomyces*, *Bacteroides fragilis*) por lo que se intensifica terapia antibiótica y se comunica el mal pronóstico a la familia por shock séptico de origen abdominal con fracaso hemodinámico, renal, coagulopatía y leucopenia. Evoluciona lentamente, intentándose extubación en distintas ocasiones, lo que se consigue finalmente el 8 de febrero a media tarde.

El día 9 de febrero de 2019, la paciente presenta mala evolución tras la extubación del día anterior. La radiografía de tórax impresiona de distrés respiratorio e hipoxemia pese a ventilación mecánica no

invasiva y la paciente presenta inestabilidad hemodinámica, coagulopatía en rango, polineuropatía del paciente crítico y aumento de la leucocitosis. Se comenta el caso con la familia (paciente de 88 años, portadora de iliostomía, polineuropática desde el ingreso...) así como la importante complicación respiratoria que precisa de reintubación. Dada la futilidad de medidas más agresivas (traqueostomía, etc.), se decide reintubación y sedación para la confortabilidad de la paciente y limitación del esfuerzo terapéutico, falleciendo a las 21:00 horas del día 09 de febrero de 2019.

**TERCERO.**- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 11 de julio de 2019 emite informe la coordinadora de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa, describiendo la atención sanitaria dispensada a la paciente en Urgencias de modo que *“en la anamnesis se refleja que en los últimos tres días las deposiciones fueron escasas aunque de características y aspecto normal, algo más blandas en su consistencia. Se encontraba nauseosa y algo dolorida. En la exploración se explica que el abdomen era blando, depresible, sin cicatrices, con ruidos disminuidos pero no timpánicos. Leve molestia en la palpación profunda sin signos de irritación peritoneal.”*

*Se solicitaron análisis: hemograma, bioquímica, coagulación y gases venosos, cuyos resultados eran normales, incluyendo marcadores de actividad inflamatoria como es el fibrinógeno o el lactato. Se solicitó igualmente una radiografía de abdomen en la que se observaban abundantes heces en el marco cólico con gas distal.*

*Los médicos de Urgencias pidieron interconsulta a Cirugía General, quienes valoraron a la paciente y sus pruebas y concluyeron que se trataba de un cuadro de estreñimiento SIN DATOS DE OBSTRUCCIÓN,*

*que podía resolverse en domicilio con tratamiento laxante. La paciente fue dada de alta con las recomendaciones correspondientes”.*

El 1 de marzo de 2019 emite informe el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa en el que expone, en cuanto a la concreta actuación médica del día 2 de febrero de 2019 que “*consultado con los médicos que la atendieron y a la vista de sus informes, en la exploración física realizada no existían datos de peritonismo ni se palpó ninguna lesión tumoral en el tacto rectal. La analítica realizada no mostraba alteraciones significativas. En las radiografías de abdomen tampoco se apreciaban datos de complicación aguda. Durante dicha asistencia, se solicitó valoración por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo en la que se corroboró todo lo expuesto anteriormente. Todo lo descrito es compatible con el diagnóstico de estreñimiento que se realizó, siendo la paciente observada durante varias horas en el Servicio de Urgencias en las que se constató una adecuado control sintomático con la analgesia pautada, por lo que fue dada de alta con observación domiciliaria, con la recomendación de solicitar nueva valoración si empeoraba o no presentaba mejoría”.*

Por lo que se refiere a la evolución posterior de la paciente, afirma el informe que “*...acudió nuevamente el día 5 de febrero de 2019 al servicio de Urgencias por un empeoramiento del cuadro, esta vez con datos de alarma clínicos y analíticos, por lo que se solicitó una tomografía urgente en la que se encontró una tumoración de sigma con obstrucción cólica y perforación del ciego secundaria. De forma emergente se realizó una intervención quirúrgica en la que se extirpó la totalidad del colon para tratar el cuadro. Con el diagnóstico de shock séptico de origen abdominal con fracaso hemodinámico, renal, coagulopatía y leucopenia, la paciente pasó a la unidad de Reanimación donde se produjo el fatal desenlace”.*

El 18 de marzo de 2019 emite informe la doctora que atendió a la paciente en el Centro de Salud Baviera sustituyendo a la facultativo titular, en el que afirma que la paciente le presentó el informe de Urgencias y manifestó “*seguir con dolor de abdomen*”. Refiere que le preguntó si había hecho deposición y contestó afirmativamente. Afirma que “*a la exploración se observa distensión abdominal. No obstante, a la palpación no presenta ningún signo de irritación peritoneal. Indico que, si tiene dolor, tome Nolotil, y que si continúa con el mismo, acuda al control por su médico, o vuelva a Urgencias*”.

De igual modo, en la misma fecha emite informe la doctora titular y habitual de la paciente en el citado centro de salud, afirmando que la paciente no acudía a consulta desde agosto de 2018 y manifestando que “*no hay datos en la historia de estreñimiento, anemia u otra sintomatología que hiciera sospechar para la búsqueda de patología de colon*”.

También consta en el expediente informe de la jefa de Servicio de Radiodiagnóstico del hospital, de 15 de noviembre de 2019, que se limita a señalar que “*como se ha solicitado, procedo a informar la radiografía simple de abdomen (decúbito supino, realizada a las 19:11 horas y bipedestación realizada a las 23:36 h) realizada el día 2 de febrero de 2019 a la paciente... Se aprecia prótesis de cadera bilateral y cambios degenerativos en columna lumbar. Abundantes restos fecales en marco cólico*”.

El 28 de septiembre de 2018 emite informe la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 en el que afirma que el segundo día, en la primera llamada, los síntomas aportados fueron indicativos de un posible empeoramiento de la paciente con respecto a los aportados en la primera. Por ello, desde el centro coordinador, se asignó un recurso de traslado, una ambulancia con prioridad urgente. Refiere que “*aunque nuestro planteamiento es*

*siempre atender lo más rápidamente posible, intentando ajustar el tiempo de respuesta al grado de gravedad de la patología que nos refieran. En los momentos de mayor carga asistencial, a veces resulta difícil dar respuesta en el tiempo deseado. Ante esas circunstancias, en el caso de Dª....., se implementó otra estrategia para paliar la demora desplazando a otra unidad dotada de médico para que valorase el estado de la paciente”.*

Por todo ello, considera el informe que se prestó una actuación asistencial correcta puesto que, en ambas llamadas, desde el centro coordinador se trató de asignar el recurso más idóneo y la resolución de las llamadas fue adecuada.

El 13 de diciembre de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria.

Tras exponer un resumen de los hechos extraídos tanto de la historia como de la reclamación y de los informes de los servicios implicados así como de las patologías de la reclamante, se limita a enjuiciar la atención dispensada a la paciente en su primera visita a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa el 2 de febrero de 2019. En concreto, corrobora el contenido del informe de la coordinadora de Urgencias del Hospital y señala que “*a la vista de los datos disponibles en la historia clínica aportada por el Hospital Universitario de La Princesa, no se aprecian datos que sugieran la existencia de abdomen agudo en la consulta del día 02 de febrero*”. Posteriormente, valora las pruebas realizadas en el Servicio de Urgencias y afirma que “*la validez y fiabilidad de la radiografía abdominal en la valoración de la patología abdominal son muy bajas por lo que son frecuentes los errores, especialmente en el ámbito urgente por lo que se obliga a interpretar con cautela los hallazgos y siempre en el contexto clínico del paciente. Un estudio halló que los peores resultados fueron para la valoración de obstrucción del colon entre otras patologías. Por todo lo anterior la técnica de elección ante una*

*obstrucción intestinal es el TAC*”. Por último, considera que el posible retraso en la atención domiciliaria y traslado en ambulancia no influyó en el mal pronóstico de una perforación intestinal, y que es durante la cirugía y posterior postoperatorio cuando se desarrollaron las complicaciones que llevaron a su fallecimiento.

El 13 de junio de 2020 se concede trámite de audiencia al representante del reclamante, quien presenta escrito de alegaciones el 16 de julio de 2020, ratificando los hechos y fundamentos de su reclamación. Considera que debió solicitarse un TAC en Urgencias para salir de dudas y no dar por sentado que se trataba de un estreñimiento pautando Movicol, que empeoró el cuadro favoreciendo la perforación y la diseminación de las heces y bacterias fecales al peritoneo con el consiguiente desencadenamiento del shock séptico. Afirma que la paciente falleció no de la operación, a la que sobrevivió, sino como consecuencia de la septicemia ocasionada por la infección intestinal, que desde luego hubiera sido evitable de haberse tratado con antibióticos desde el primer momento. Por último, coincide con la inspectora en que tras seis días de infección el que la ambulancia tardara horas más no influyó en el mal pronóstico.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 24 de septiembre de 2020, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al no concurrir la antijuridicidad del daño ni la relación de causalidad con la Administración sanitaria.

**TERCERO.**- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 2 de octubre de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de

dictamen, siendo deliberado y aprobado en el Pleno de la Comisión en su sesión de 27 de octubre de 2020.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto es familiar de la persona que recibió la asistencia sanitaria y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral. No obstante, obra en su nombre y representación en el presente procedimiento su cónyuge, acreditando tal representación mediante un documento privado firmado por ambos en el que reconocía al firmante del escrito de reclamación la capacidad para representarle. No obstante, se recuerda que no basta un simple

documento privado para acreditar válidamente la representación. Con respecto a esta cuestión, tal como ha indicado esta Comisión Jurídica Asesora (en el Dictamen 399/16 de 8 de septiembre o en el Dictamen 430/16, de 29 de septiembre, entre otros) si bien es cierto que, en el ámbito privado, el artículo 1710 del Código Civil establece que el mandato puede ser expreso o tácito y que el expreso puede otorgarse en documento público o privado y aún de palabra, en el ámbito del procedimiento administrativo, el artículo 5.3 de la LPAC es explícito al exigir la acreditación de la representación “*para formular solicitudes, presentar declaraciones responsables o comunicaciones, interponer recursos, desistir de acciones y renunciar a derechos en nombre de otra persona. Para los actos y gestiones de mero trámite se presumirá aquella representación*”. Por su parte, el artículo 5.4 del mismo texto legal determina que “*la representación podrá acreditarse mediante cualquier medio válido en Derecho que deje constancia fidedigna de su existencia*”.

Se infiere así que los documentos privados no cumplen el requisito de “*fehaciencia*” impuesto por la normativa de procedimiento administrativo (en dicho sentido, por ejemplo, la sentencia 312/2004, de 1 abril, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana).

Acredita el parentesco mediante fotocopia del Libro de Familia.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario de La Princesa, el Centro de Salud Baviera y el SUMMA 112, que forman parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para reclamar, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del

hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento de la madre del reclamante el día 9 de febrero de 2019, por lo que la reclamación interpuesta en dos fechas diferentes, en cuanto a la atención sanitaria dispensada en el Hospital Universitario de La Princesa y en la activación de recursos por el SUMMA el 6 de marzo de 2019, y en cuanto a la atención recibida por la paciente en el Centro de Salud Baviera el 13 de marzo de 2019, está claramente formulada dentro del plazo legal.

Se ha recabado el informe del servicio al que se imputa el daño, de acuerdo con los artículos 79 y 81 de la LPAC, y consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia al reclamante, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que ha formulado alegaciones en el sentido ya expuesto.

Y finalmente, se dictó la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

- 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.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

**CUARTA.-** El reclamante efectúa dos reproches. De un lado, a la actuación de los servicios del Hospital Universitario de La Princesa y del Centro de Salud Baviera, que considera que no prestaron un tratamiento adecuado a la paciente pues no detectaron la patología

que realmente sufría y, de otro, a la actuación del SUMMA 112, que demoró en exceso el envío de una UVI móvil.

En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: *“según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate”*.

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria. Así lo recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015).

De otro lado procede, como viene recogiendo esta Comisión en dictámenes como el 503/19, de 22 de noviembre y el 116/19, de 21 de marzo, la valoración conjunta de todos los elementos probatorios incorporados al expediente.

En este caso, el reclamante no ha aportado prueba alguna más allá de cierta documentación médica, por lo que la prueba ha de limitarse tanto a la documental obrante en el expediente como a los informes de los servicios a los que se imputa el daño y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria.

Ahora bien, el que tales informes sean de especial relevancia y, singularmente el de la Inspección por su profesionalidad e

independencia, tal y como hemos reconocido en múltiples dictámenes, no quiere decir que esta Comisión esté vinculada por sus opiniones, sino que ha de valorarlos con arreglo a la sana crítica en el marco, como decimos, de una valoración conjunta de la prueba.

Como indica la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de marzo de 2017 (rec. 868/2013) en un supuesto en el que la Sala se aparta de la opinión de la Inspección Sanitaria y de los informes periciales evacuados en el procedimiento, precisamente en relación con una asistencia prestada por el SUMMA 112: *“Dado que en este proceso se han practicado varias pruebas periciales, se ha de añadir que las mismas expresan el juicio o convicción de los peritos con arreglo a los antecedentes de que disponen, por lo que no prevalecen sobre otros medios de prueba. Al no existir reglas generales pre establecidas para valorarlas, se ha de estar a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios, aunque es claro que su fuerza de convicción reside en gran medida en la cualificación técnica de los peritos, y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes, y en la fundamentación y coherencia interna de sus informes o dictámenes. Como en el expediente administrativo también obra informe de la Inspección Sanitaria, añadiremos que el mismo se ha de ponderar como elemento de juicio en la valoración conjunta de la prueba, y que su fuerza de convicción deriva de la circunstancia de que la Inspección informa con criterios de profesionalidad e imparcialidad, así como la objetividad, coherencia y motivación del informe”.*

**QUINTA.-** Pues bien, como se ha indicado, en la reclamación pueden diferenciarse dos reproches a la actuación de los servicios sanitarios. De un lado la actuación del SUMMA 112 en la asignación de un recurso y que se analizará posteriormente y, de otro, la inadecuada asistencia (error de diagnóstico) recibida por la paciente

en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de la Princesa y en el Centro de Salud Baviera.

En cuanto a esta crítica, ha de considerarse que el reclamante no aporta prueba alguna que apoye su planteamiento.

En primer lugar, ha de ponerse de relieve que la causa por la que la reclamante acudió a esos servicios era un dolor abdominal difuso y un estreñimiento de tres días de evolución, que no deja de ser una patología inespecífica que puede obedecer a un gran número de causas.

Como recuerda el informe de su doctora de Atención Primaria, no figuraban en su historia clínica *“datos de estreñimiento, anemia u otra sintomatología que hiciera sospechar para la búsqueda de patología de colon”*. De igual modo, en la exploración física realizada en Urgencias, corroborada por la interconsulta a Cirugía General y del Aparato Digestivo, tal y como consta en el informe de este último servicio, no existían datos de peritonismo ni se palpó ninguna lesión tumoral en el tacto rectal. Por ello, refiere tal informe que *“ante un estreñimiento, únicamente se indican pruebas de imagen complementarias (tomografía computarizada) en caso de que existan datos de alarma (por ejemplo, datos de peritonismo en la exploración o alteraciones analíticas), algo que no se daba en la primera valoración en Urgencias, siendo el tratamiento que se pautó el acorde a un diagnóstico de estreñimiento”*.

En el mismo sentido, señala el propio Servicio de Urgencias del hospital que *“cuando no hay fiebre, los análisis son normales, no hay datos de inflamación o de obstrucción y la exploración del abdomen refleja un abdomen blando y sin signos de peritonismo, los pacientes son dados de alta para seguimiento ambulatorio y observación domiciliaria ya que en un alto porcentaje de casos (93,6%, datos de este Hospital) el problema se identifica o se resuelve de forma espontánea y*

*no requiere nuevas consultas*”. Es más, en el presente supuesto cabe recordar que la historia clínica a su ingreso en Urgencias hace constar que la paciente refiere deposiciones de escasa cuantía el día anterior y ese mismo día, pero de características normales, más blandas de lo habitual y niega hábito estreñido. No obstante, a pesar de ello, los facultativos de Urgencias solicitaron interconsulta a Cirugía General y del Aparato Digestivo, servicio que valora todas las pruebas y concluye que se trata de un cuadro de estreñimiento “*sin datos de obstrucción*”.

De igual modo, cuando la paciente acude el día 4 de febrero de 2019 al Centro de Salud Baviera, refiere seguir padeciendo dolor abdominal pero, interrogada por la doctora, afirma haber realizado deposición, y a la palpación sigue sin presentar irritación peritoneal.

Todo ello ocurre porque, como señala el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del hospital, se advierte el día 5 de febrero de 2019, cuando la paciente es intervenida, que “*el cuadro es el de una estenosis progresiva del colon con obstrucción del mismo y perforación secundaria. Este cuadro, en fases iniciales es muy similar al estreñimiento*”.

Debemos recordar que el diagnóstico en medicina es extremadamente difícil y así lo reconoce la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017):

*“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías*

*pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno. El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica.*

*Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.*

En este caso, no existían en el momento de la asistencia sanitaria signos que permitiesen apreciar la lesión tumoral que padecía la paciente. La única forma de poner en relación el dolor abdominal difuso que presentaba en ese momento con la grave patología que condujo a su fallecimiento es partiendo de esa evolución posterior, lo que supone incurrir en una prohibición de regreso desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño, posibilidad rechazada reiteradamente en la jurisprudencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid [sentencias de 12 de enero de 2018 (recurso 813/2014) y

26 de marzo de 2019 (recurso 684/2016)] y en los dictámenes de esta Comisión (dictámenes 471/16, de 20 de octubre y 41/17, de 26 de enero, entre otros).

Por ello no cabe apreciar responsabilidad patrimonial por la asistencia sanitaria prestada tanto en el Hospital Universitario de La Princesa como en el Centro de Salud Baviera.

**SEXTA.-** La asistencia prestada por el SUMMA 112 ante la llamada efectuada el 4 de febrero de 2019 solicitando un recurso sanitario presenta, por el contrario, mayores problemas.

Tal y como se ha expuesto en los antecedentes de hecho, la llamada al SUMMA 112 se produce a las 22.08 horas del citado día y en ella ya consta que el médico coordinador, ante la evidencia de empeoramiento en los síntomas de la paciente relatados por el alertante y que el SUMMA admite en su informe, decide inmediatamente el envío de una ambulancia. Pero, y esto es un hecho incuestionable, la ambulancia, mediante la movilización de recursos de Cruz Roja, no aparece hasta las 03:40 horas del día siguiente y la paciente no llega al hospital hasta las 03:59 horas. Probada la irregularidad, corresponde al servicio de emergencias dar una explicación razonable de lo sucedido. Para justificar la citada tardanza, el informe del SUMMA señala que *“el segundo día, en la primera llamada los síntomas aportados fueron indicativos de un posible empeoramiento de la paciente con respecto a los aportados en la primera, por ello desde el Centro Coordinador se asignó un recurso de traslado, una ambulancia con prioridad urgente. Aunque nuestro planteamiento es siempre atender lo más rápidamente posible, intentando ajustar el tiempo de respuesta al grado de gravedad de la patología que nos refieran, en los momentos de mayor carga asistencial, a veces resulta difícil dar respuesta en el tiempo deseado. Ante esas circunstancias, en el caso de..., se implementó otra estrategia para”*

*paliar la demora, desplazando a otra unidad dotada de médico para que valorase el estado de la paciente”.*

Por tanto nos encontramos ante una situación en la que, ante el evidente empeoramiento de la paciente, se considera de prioridad urgente su traslado al hospital, y el SUMMA 112, admitiendo la tardanza en enviar el recurso obligado por las circunstancias, remite a una nueva valoración de la paciente, cuando todo permite entender que el traslado debía haber sido inmediato. Es más, no han sido localizadas las llamadas con el médico del SUMMA realizadas a las 23:28 horas del día 4 de febrero y a las 00:59 horas del día siguiente, que servirían para esclarecer el devenir de los acontecimientos y el verdadero estado y evolución de la paciente.

En definitiva, la paciente ingresó en el hospital casi cuatro horas más tarde del momento en que el médico coordinador consideró prioritario su traslado al centro sanitario y la actuación del SUMMA 112 no se ajustó a la *lex artis*, criterio que en cierta medida comparte también la Inspección Sanitaria cuando alude al “*possible retraso en la atención domiciliaria y traslado en ambulancia*”, si bien considera que ello no tuvo repercusión en el resultado final.

Antes de abordar esta última cuestión, debe recordarse que los ciudadanos, en cumplimiento del mandato del artículo 43 de la Constitución Española tienen derecho a una sanidad eficaz como reconoce el artículo 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 2 a) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y que ha de prestarse en tiempos adecuados conforme el artículo 27.10 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, aun cuando este último precepto no haya sido desarrollado reglamentariamente.

Esta Comisión es consciente de la presión asistencial que padecen los servicios sanitarios públicos y en concreto, los servicios de emergencias del SUMMA 112 pero en este caso concurren tres aspectos a valorar. El primero es, como decimos, que ya en la primera llamada existían datos que permitían sospechar la gravedad de la situación con la consiguiente activación de una ambulancia. El segundo es que los propios servicios del SUMMA reconocen la insuficiencia de sus medios y la necesidad de implementar otras medidas sustitutivas. Y el tercero, que se trata de un retraso de casi cuatro horas en llevar a cabo un traslado que, desde el primer momento, se juzga necesario.

Esa actuación considera la Inspección sanitaria que no tuvo efectos en la evolución posterior de la paciente (conclusión que hace suya la propuesta de resolución), pues *“no influyó en el mal pronóstico de una perforación intestinal, y es durante la cirugía y posterior postoperatorio cuando se desarrollaron las complicaciones que llevaron a su fallecimiento”*.

Sin embargo no puede compartirse ese criterio. Es cierto que la paciente padecía una lesión tumoral grave con mal pronóstico, pero el fallecimiento deviene de un cuadro séptico que se desconoce si la tardanza en su traslado contribuyó a acelerar. No podemos compartir la tesis de la Inspección sanitaria y de la propuesta de resolución en cuanto a que el fallecimiento se hubiera producido igualmente, puesto que ello contradice la actuación de los especialistas del Hospital Universitario de La Princesa, que procedieron a intervenir quirúrgicamente de manera inmediata tan pronto como la paciente ingresó en dicho centro, lo cual indica que tenían esperanzas de evitar el fallecimiento.

Nos encontramos ante un supuesto de pérdida de oportunidad que se caracteriza “(...) por la incertidumbre acerca de si la actuación

*médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente”* –Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 2018 (rec. 976/2016).

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid viene recogiendo el concepto de pérdida de oportunidad admitido por el Tribunal Supremo. Así la Sala madrileña en su Sentencia de 8 de noviembre de 2019 (rec. 178/2018) recuerda las Sentencias del Tribunal Supremo de 2 de enero y de 3 de diciembre de 2012, en las que, remitiéndose a la de 27 de septiembre de 2011 que, a su vez, se refería a otras anteriores, definía la pérdida de oportunidad sobre la base de la Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de noviembre de 2009 según la cual:

*“La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3<sup>a</sup> del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas*

*expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente". (FD 7º).*

Recuerda asimismo la citada sentencia la del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008 relativa a un indebido retraso en dispensar al paciente en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; *en ella se declaraba que «(...) esta privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la "pérdida de oportunidad" [sentencias de 7 de septiembre de 2005 (casación 1304/01, FJ2º) y 26 de junio de 2008, ya citada, FJ6º], constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una "falta de servicio"».*

Esta Comisión ha apreciado pérdida de oportunidad en supuestos en los que han existido demoras indebidas en la remisión de recursos sanitarios por parte del SUMMA 112 como es el caso de los dictámenes 131/18, de 15 de marzo y 499/18, de 22 de noviembre.

En el caso que nos ocupa, no puede afirmarse que haya quedado acreditado que la evolución no hubiera sido diferente o que, de haberse atendido más prontamente, ello no hubiera evitado el fallecimiento. Como recoge la citada Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de marzo de 2017:

*«Aún sin tener certeza sobre la concreta influencia de tales circunstancias en el pronóstico vital de la paciente, lo cierto es que se le privó indebidamente de la posibilidad de sobrevivir, lo que hace surgir la responsabilidad patrimonial por pérdida de oportunidad, en que lo indemnizable no es el daño producido sino "la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación" -sentencia del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012, entre muchas otras».*

Por tanto ha de procederse a valoración del daño causado. En estos casos, la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre del 2012, recoge que: *“a la hora de efectuar la valoración del daño indemnizable, la jurisprudencia [...] ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990, derive en una apreciación racional aunque no matemática”*.

No constan en el expediente datos que permitan establecer cuales hubieran sido las posibilidades de sobrevivir de la paciente de haber sido atendida con prontitud pero, en todo caso, en la pérdida de oportunidad solo se valora el daño moral ocasionado a los reclamantes en cuanto a desconocer cuál hubiera sido la evolución de haberse actuado de manera correcta.

Puesto que, como se recoge en el informe de la Inspección sanitaria, es difícil considerar que la evolución hubiera sido distinta dada la neoplasia maligna de colon descendente izquierdo que padecía la fallecida, esta Comisión considera adecuada una cantidad global de 6.000 euros para el reclamante, cantidad que debe considerarse ya actualizada.

En mérito de cuanto antecede, esta Comisión Jurídica adopta la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede estimar parcialmente la presente reclamación y reconocer al reclamante una indemnización global y actualizada de 6.000 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 esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 27 de octubre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 491/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid