



JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 02 DE MADRID

Calle del Poeta Joan Maragall, 66 , Planta 1 - 28020

Tfno: 914932677

Fax: 914932679

42020310

NIG: 28.079.00.2-2020/0142789

Procedimiento: Procedimiento Ordinario 914/2020

Materia: Contratos en general

Alvaro Sardinero García
Abogado

C/ Francisco Silveira, 19 Entpta. F

28028 - MADRID

Tel. y Fax: 91 308 37 60

Demandante: D./Dña.

PROCURADOR D./Dña. PALOMA SOLERA LAMA

Demandado:

PROCURADOR D./Dña. ADELA CANO LANTERO

SENTENCIA Nº 230/2021

JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ: D./Dña. Cristina Fernández Gil

Lugar: Madrid

Fecha: trece de septiembre de dos mil veintiuno

Vistos por D^a.Cristina Fernández Gil, Magistrada-Juez de Primera Instancia del juzgado número dos de Madrid, los presentes autos de juicio ordinario de reclamación de cantidad, tramitados con el núm. 924/20 a instancia de D.

representados por el procurador D^a. PALOMA SOLERA LAMA y asistidos por el letrado ALVARO SARDINERO GARCIA contra _____, representada por el procurador D^a. ADELA CANO LANTERO y asistida por el letrado D. JAVIER MORENO ALEMAN

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por turno de reparto, correspondió a este Juzgado demanda de juicio ordinario de reclamación de cantidad, formulada por el procurador D^a. Paloma Solera Lama, en la representación que tiene acreditada contra _____ alegando, en síntesis, que había existido una negligencia en la asistencia sanitaria prestada a D^a. _____ en el hospital _____, asegurado por la demandada, que había provocado su fallecimiento, por lo que y después de alegar los fundamentos de derecho que estimó aplicables terminó suplicando se dicte sentencia por la que se condene al demandado a abonar la cantidad de 178.123 euros, más intereses del art. 20 LCS y costas.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda por decreto de 27 de octubre de 2020, se emplazó a la parte demandada para que contestara a la demanda, lo que verificó por medio de escrito de 7 de enero de 2021, negando que hubiera existencia negligencia e interesando el dictado de una sentencia absolutoria.

TERCERO.- Por diligencia de ordenación de 14 de abril de 2021 se señaló día para la audiencia previa que tuvo lugar con la asistencia de todas las partes, que se ratificaron en



Madrid



sus escritos, sin que fuera posible el acuerdo proponiendo como prueba la parte actora la documental y la pericial y por la parte demandada la documental, testifical y pericial, que fueron declaradas pertinentes y señalándose día para la celebración del juicio, en el que tuvo lugar quedando estos autos vistos para dictar sentencia, tras formular las partes oralmente sus conclusiones.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- De la documental aporta resulta:

1º. Dª. fue ingresada el 8 de abril de 2019 en la UCI del Complejo Hospitalario procedente del H., para implante de marcapasos, a consecuencia de enfermedad del seno. Se implanta MCO definitivo VVI el día 9 de abril de 2019, con deterioro de función renal e ingreso en medicina Interna. Durante su ingreso presenta infección urinaria y retención de orina, con febrícula persistente con urocultivo y hemocultivos negativos.

2º. El día 2 de mayo la paciente presenta cefalea, que describe como tensional y localizada a nivel de seno frontal izquierdo, que además aumenta a la palpación, suele sucederle de noche, en este momento es asintomática. Asimismo, figura que, durante su ingreso, Doña presenta febrícula persistente con urocultivo y hemocultivos negativos, instaurándose tratamiento empírico con Ciprofloxacino.

3º. El día 3 de mayo, la paciente se encuentra mejor, sin fiebre ni febrícula desde hace más de 48 horas. Su analítica es normal. Se realizan ecocardiograma y una ecografía abdominal. En ella se concluye: “colecistectomía. Ectasia severa de la vía biliar. Riñones hipotróficos. Formación nodular hiperecogénica, centrouterina, de aproximadamente 4,5 cm de grosor, probable neoformación endometrial”. Con los hallazgos de la ecoabdominal, se comenta con digestivo, valorando que la paciente presenta obesidad y es portadora de MP, comenta con intensivista e inicialmente se intentara realizar USE (en lugar de colegio RM), además la paciente refiere que hace años se le realizó una RM y no la toleraría. Se informa a la hija y se solicita un TAC abdominal para completar el estudio.

4º. Los días 5, 6, y 7 de mayo, la paciente está afebril y estable, con buena saturación de O2, con orina clara y buen ritmo de diuresis. No hay ninguna incidencia. El día 7 de mayo se le hace el TAC. El resultado del TAC es “leve ectasia de la vía biliar extrahepática con un diámetro de 2,4 cm en el colédoco distal”.

5º. El 8 de mayo de 2019, la paciente firma un consentimiento para endoscopia superior y a continuación se realiza la ecoendoscopia. En el informe se recoge que se le dio dado sedación por intensivistas. Se realizó una ecoendoscopia biliopancreática con equipo sectorial. Se explora desde región de cola a proceso uncinado, que presenta un parénquima homogéneo sin datos de pancreatitis crónica ni lesiones tumorales, con Wirsung de calibre y morfología normal, que finaliza en paila junto a colédoco. Área paliara normal. Vía biliar ligeramente dilatada colédoco retropancreático 7mm. hepático común 10 mm. y mínima dilatación de radicales intrahepáticos el LHI sin imágenes intraluminales. LHI sin LOES. Como diagnóstico figura dilatación leve postquirúrgica de vía biliar. Se confirmó pues la dilatación del colédoco de hasta 10 mm, sin objetivar causa obstructiva. Tras la realización de esa prueba se anota en su historial, a las 13: 48 horas, que presentó intolerancia tras la prueba, que se resolvió, se añaden suplementos de potasio, se cambia lactulosa por movicol y paracetamol y se indica que, por la tarde, se siente. A las 6 de la tarde, según evolutivo de enfermería está afebril y con buena



saturación basal de O₂, la orina es clara y buen ritmo de diuresis, no obstante, no quiere levantarse “refiere tener gases y estar mejor en la cama”. De madrugada, a las 2: 16 consta una nueva anotación en el evolutivo de enfermería en el que presenta una febrícula de 37,4 C, se le saca hemocultivos y, a primera hora, y ante la insistencia del familiar que “no la ve bien”, se avisa al médico de guardia. A las 11: 47 horas, según su historial médico se advierte que el paciente está muy fría y sudorosa, abdomen defendido, con hipotensión y desaturación de oxígeno, por sospecha de perforación duodenal se solicita prueba de imagen urgentes. A las 13: 02 hora se anota que se realiza la radiografía de abdomen, no se ve claro por lo que se hace TAC donde se recoge: “derrame pleural derecho de 15 mm. de espesor máximo en decúbito supino con atelectasia pasiva del parénquima adyacente. Granuloma milimétrico calcificado hepático. Dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Hernia de hiato. Páncreas atrófico. Glándulas suprarrenales sin alteraciones significativas. Probables cicatrices corticales renales bilaterales. Calcificación cortical en el riñón derecho. Presencia de neumoperitoneo que se extiende desde la primera porción duodenal por el espacio prerrenal y subhepático y flanco derecho, con cambios inflamatorios y líquido libre asociados, en probable relación con perforación duodenal. Engrosamiento de las paredes de las asas de intestino delgado adyacentes...” Como conclusión, se establece: hallazgos compatibles con perforación de probable origen en la primera porción duodenal”. Se confirma así el neumoperitoneo y se sugiere una perforación duodenal. Ese mismo día se realiza laparotomía de urgencia, siendo el resultado “perforación duodenal en cara posterior de segunda porción duodenal. Cavidad con absceso conteniendo coleperitoneo y hematoma retroperitoneal desde duodeno hasta pelvis por parietocólico derecho. No líquido libre en resto de cuadrantes”. Se procedió a evacuación de hematoma, lavado-aspiración y drenaje. Estuvo ingresada en la UCI durante 30 días, el 8 de junio de 2019 se recoge que ha habido mala evolución abdominal, en situación de shock séptico persistente, decidiéndose por unanimidad y en consenso con Cirugía, dado que no es subsidiaria de tratamiento quirúrgico, no progresión de medidas y el 11 de junio fallece, estableciéndose como causa inmediata la parada cardiorrespiratoria y como causas intermedias HTA y enfermedad renal crónica, con causa inicial o fundamental sepsis abdominal e hipercolesterolemia.

Partiendo de estos antecedentes, la actora considera que ha existido una negligencia médica determinante de su fallecimiento por lo que solicita una indemnización conforme al baremo para accidentes de tráfico. La reclamación ejercitada se enmarca dentro del régimen jurídico de la acción directa contra una aseguradora por verificación del siniestro objeto de cobertura, en este caso la responsabilidad patrimonial de la Administración por funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos regulada en la ley 30/1992, conforme a lo dispuesto en el art. 73 de la LCS por responsabilidad subyacente de su asegurado, en este caso el servicio público de salud de Castilla-La Mancha, de modo que se deben emplear los principios y elementos generalmente exigidos por la normativa administrativa y jurisprudencia que la desarrolla, para establecer la responsabilidad patrimonial de la Administración en supuestos de negligencia médica de sus servicios públicos de salud. En realidad, la regulación administrativa no se separa, o no se separa apreciablemente, de lo establecido en las normas civiles invocadas. El artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas, impone la responsabilidad administrativa por toda lesión que se derive del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, de lo que se desprende que, a la luz de ese artículo 139, lo ocurrido en este caso sería indemnizable si la causa del fallecimiento hubiera sido el funcionamiento del hospital y no, o no solo, la propia patología del paciente. Existe un



vasto repertorio jurisprudencial, del que puede ser ejemplo la Sentencia núm. 1474/2008 de 24 julio Tribunal Superior de Justicia de Madrid , que reitera que en materia de responsabilidad patrimonial derivada de una actuación médica, el criterio básico utilizado es el de la "Lex Artis", de suerte que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: La obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por ello, la "Lex Artis", constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental a la hora de delimitar la responsabilidad. Al respecto cabe señalar la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 en la que se recuerda que "los conocimientos científicos, técnicos o experimentales, ni en medicina, ni, probablemente en ningún sector de la actividad humana pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse por excluida de antemano." Asimismo sentencias como la de 23 febrero 2009 del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª), recuerdan que "la respuesta pasa por recordar que, como hemos indicado en fechas recientes (Sentencia de 7 de julio de 2008), la responsabilidad de las administraciones públicas, de talante objetivo porque se focaliza en el resultado antijurídico (el perjudicado no está obligado a soportar el daño) en lugar de en la índole de la actuación administrativa (por todas, véanse las sentencias de esta Sala de 11 de mayo de 1999 , 24 de septiembre de 2001 , 23 de noviembre de 2006 , 22 de abril de 2008), se modula en el ámbito de las prestaciones médicas, de modo que a los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que ejecuten correctamente y a tiempo las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. 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, sentencias de esta Sala de 16 de marzo de 2005, 20 de marzo de 2007 y 26 de junio de 2008." Esta peculiar configuración exige de quien reclama que justifique, al menos de modo indiciario, que se ha producido por parte de las instituciones sanitarias un mal uso de la lex artis. Una vez acreditado que un tratamiento no se ha manejado de forma idónea o que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría llegado al desenlace que motiva su reclamación. De otra forma se desconocerían las especialidades de la responsabilidad pública médica y se trasladaría al afectado la carga de un hecho de demostración imposible. Pues bien, la primea cuestión objeto de debate es si está prueba estaba indicada en este caso. Los informes periciales son contradictorios. El perito propuesto por la parte actora considera que debería haberse dado de alta a la paciente, pues la dilatación de la vía biliar que padecía era leve y explicable por tratarse de una paciente colecistectomizada, no había datos radiológicos de una obstrucción que pudiera ser causante de esa dilatación y además los resultados analíticos no apoyaban ese diagnóstico. El perito propuesto por la parte demandada entiende, sin embargo, que la prueba era la adecuada: "En los pacientes colecistectomizados se admite que la vía biliar puede dilatarse levemente, considerándose normal en ellos un aumento de calibre de la vía biliar extrahepática (conducto biliar común o colédoco) de hasta 8 mm, por la rotura de las fibras circulares del colédoco secundaria a la cirugía, pero sin que se produzca también un incremento de calibre de la vía biliar intrahepática. En el informe de la ecografía realizada a esta paciente se habla de "dilatación severa de la vía biliar", y se aprecia también dilatada la vía biliar intrahepática, por lo que sí que estaba justificado extender el estudio



diagnóstico. El hallazgo concomitante de una neoformación endometrial también exigía ampliar el estudio. Ante una dilatación severa de la vía biliar se deben descartar causas obstructivas a nivel distal, como tumores de la ampolla de Vater (ampulomas), colangiocarcinomas, cáncer de páncreas, o presencia de cálculos en el colédoco (coledocolitiasis), o infecciones de la vía biliar (colangitis), especialmente ante la existencia de un cuadro febril no justificado en los cultivos de orina (que eran estériles)". Lo que sucede es que ese cuadro febril ya había remitido desde hacía días conforme al evolutivo de enfermería, así como la posible infección de orina, con lo que lo único que podía justificar ese estudio diagnóstico era que pudiera existir alguna causa obstructiva a nivel distal, de la que no consta, por el estado de la paciente, hubiera indicios. No quiere decirse con ello que la prueba no pudiera practicarse a la vista de la dilatación de la vía biliar que podía considerarse fuera de los parámetros normales, pero sí que debía ponerse en conocimiento de la paciente el riesgo que asumía comparado con los beneficios que podía obtener. El art. 10 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que lleva por título "Condiciones de la información y consentimiento por escrito", establece que:

" 1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente."

Y, conforme al art. 9 de la Ley 5/2010, de Castilla la Mancha: "la información deberá darse de forma comprensible, adaptada a la capacidad de cada persona, de manera continuada y con antelación suficiente a la actuación asistencia para permitir a la persona elegir con libertad y conocimiento de causa". En este caso, es un hecho incontrovertido que la paciente falleció como consecuencia de la perforación que se le produjo al realizar la ecoendoscopia y que este es un riesgo de esta prueba. Evidentemente, la actora no podía ignorar que se le iba a "meter un tubito" como indicó la testigo, y más cuando le habían preparado para esa prueba, pero lo que no consta es que se la informara del riesgo con relación a los beneficios que podía obtenerse con esta prueba. En los informes periciales consta que una ecoendoscopia alta tiene un mayor riesgo de perforación que una endoscopia tradicional, pues la intubación se realiza a ciegas con una punta más larga y rígida, lo que requiere una mayor pericia. Este riesgo, no obstante, que se cifra en un 0,06% frente al 0,03% de un endoscopio estándar, conforme al informe del perito propuesto por la parte demandada, se incrementa al ser pacientes mayores de 65 años, o tener antecedentes de intubación esofágica difícil o presentar adherencias, y justifica en estos factores que, pudiera producirse una perforación. En el mismo sentido la testigo que realizó la prueba manifestó que este ecoendoscopio por sus características tiene mayor riesgo de perforar especialmente en el caso de gente mayor con morbilidad y adherencias. La cuestión es que, si fueron estos factores los determinantes de la perforación, en el caso que nos ocupa, eran conocidos con carácter previo a la práctica de la prueba y no consta fueran especialmente



valorados a la hora de optar entre las distintas pruebas diagnósticas disponibles. Ciertamente, esta prueba no tiene la misma exactitud que una resonancia magnética, pero tampoco tiene los riesgos de aquella. Se ha indicado que la paciente no quería realizarse una resonancia y que esta prueba podía tener interacciones con el marcapasos que la acababan de implantar, la cuestión es que no consta que se informara de ello debidamente a la paciente. Debería de conocer, antes de someterse a esta prueba, que, en su caso, el riesgo de perforación era superior por sus circunstancias personales, de las probabilidades de tener una obstrucción a pesar de haber cedido la fiebre, no tener alteraciones en la analítica y ser normal una dilatación por su colecistectomía, aunque no de ese tamaño y de la opción de la resonancia magnética, con sedación, aunque su resultado no fuera tan fiable. La testigo, indicó en el juicio, que ella informaba, a todos los pacientes, incidiendo aún más en los riesgos, hasta el punto de que algunos quisieran rechazar la prueba, pero que cuando ella les explicaba que eran mayores los beneficios aceptarían a realizar la prueba. En este caso, no consta, sin embargo, que informara a la paciente del mayor riesgo que, según su criterio y por sus circunstancias personales, tenía para ella esta prueba, y de los beneficios que en cambio le podía reportar. Aún más, sobre el riesgo de perforación, no consta que fuera informada hasta que firmó el consentimiento escrito, si es que lo leyó, porque lo firmó momentos antes de la prueba. La testigo indicó que normalmente su médico le da el formulario del consentimiento cuando se acuerda la prueba para que pueda examinarlo con la debida antelación y comentarlo, pero que, es habitual que bajen a quirófano sin el mismo y que sea allí cuando firman el que ella les proporcione. No pudo, sin embargo, concretar si, en este caso, firmó un previo consentimiento al que ella le entregó, ni si se le había dado con anterioridad y lo único que se olvidó fue el bajarlo. El que le comentara que sabía que le iban a meter un tubo, no significa que conocería el riesgo de perforación, y darle una hoja para que la firme cuando está en la sala de exploración pendiente de que le realicen la prueba, no supone darle el debido tiempo para que pueda examinar los pros y contras de la misma, y ni siquiera comentarlo con su familia. Fue ésta, en definitiva, una decisión de los médicos para completar el estudio, de la que no fue debidamente informada la paciente. Sobre el porqué se produjo la perforación, todo son hipótesis, el perito de la parte actora considera que se debió a una negligencia de la médico que la practicó, pues resulta inexplicable cuando la prueba no tiene una finalidad terapéutica y se produjo además en un punto especialmente conflictivo; para la testigo, que realizó la intervención, evidentemente, no existió ninguna negligencia, todo lo realizó conforme a la lex artis, y se debería a sus antecedentes personales de morbilidad, edad avanzada y existencia de adherencias el que se produjera, lo que corroboró el perito propuesto por la parte demandada. El hecho de que la testigo tuviera experiencia en la práctica de esta prueba, no significa que, por los motivos que fuera, en este caso, hubiera existido negligencia. La respuesta que se da a la que achaca el perito propuesto por la parte actora, lo que denotaría sería una falta de información, que, en cualquier caso, permite considerar la existencia de responsabilidad. Por último, se plantea si, después de la perforación, se actuó correctamente. Llama la atención que después de la intervención y ante el estado que presentaba la paciente se acordara una radiografía, padece, aunque no lo admitió en el juicio la testigo, que sospechaba que pudiera ser compatible con una perforación. La radiografía no detectó nada (los peritos discrepan sobre si esta prueba es útil a estos efectos) y se pasó a planta donde seguía con malestar por la tarde, no queriéndose levantar de la cama. Mucha debió de ser la insistencia de los familiares sobre que no se encontraba bien cuando, a las 2 de la madrugada, se anota en el historial de enfermería, el estado de la paciente, y la actitud de los familiares, no obstante, en la anotación, se dice que se esperó a primera hora de la mañana para llamar al médico de



guardia. Se desconoce si el médico de guardia acudió o no, pues fue a las 11 de la mañana cuando el médico la visitó y acordó nuevamente una radiografía y al no ser concluyente un TAC. Estamos ante una infección generalizada en que el tiempo es muy importante. Los médicos conocen que puede producirse en el retroperitoneo y no ser evidentes en un primer momento los signos compatibles con la misma, por ello la radiografía no va a permitir detectarlo. Si el médico tuvo sospechas de perforación pudo haberlas descartado de forma más segura con un TAC o, al menos, actuarse de forma inmediata cuando empezó a tener síntomas más claros (ya a las 2 de la madrugada), en lugar de esperar a la mañana siguiente a las 11. El perito propuesto por la parte actora incidió en la relevancia de una actuación muy rápida en estos casos. Debe pues estimarse la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia médica prestada en un centro del servicio de salud, y condenarse a la demandada, como su aseguradora a abonar la correspondiente indemnización. Con relación a ésta, lo único que manifiesta la demandada es que no es suficiente con el incumplimiento de una obligación para que haya lugar a una indemnización, lo que sucede es que, en este caso, el incumplimiento ha dado lugar al fallecimiento de una persona, siendo evidente el perjuicio que ello ha ocasionado a sus familiares, y sirviendo para determinar el importe las cuantías establecidas en el baremo de tráfico, aunque no sean directamente aplicables a este caso, por lo que se accede a la indemnización solicitada.

SEGUNDO.- Por último y por lo que concierne a los intereses del art. 20 LCS, dado que no se ha ofrecido ni consignado cantidad alguna a favor de la parte actora, procede igualmente su imposición.

TERCERO.- Al haberse estimado la demanda las costas se imponen a la parte demandada

VISTOS los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación,

FALLO

Que estimando la demanda promovida por D. [redacted] y [redacted] representados por el procurador D^a. PALOMA SOLERA LAMA y asistidos por el letrado ALVARO SARDINERO GARCIA contra [redacted] representada por el procurador D^a. ADELA CANO LANTERO y asistida por el letrado D. JAVIER MORENO ALEMAN, debo condenar y condeno al demandado al pago de 178.123 euros, más intereses del art. 20 LCS y costas.

Así por esta mi sentencia lo pronuncio, mando y firmo.





Contra la presente resolución cabe interponer recurso de APELACIÓN en el plazo de VEINTE DIAS, ante este Juzgado, para su resolución por la Ilma. Audiencia Provincial de Madrid (artículos 458 y siguientes de la L.E.Civil), previa constitución de un depósito de 50 euros, en la cuenta 2430-0000-04-0914-20 de este Órgano.

Si las cantidades van a ser ingresadas por transferencia bancaria, deberá ingresarlas en la cuenta número IBAN ES55 0049 3569 9200 0500 1274, indicando en el campo beneficiario Juzgado de 1ª Instancia nº 02 de Madrid, y en el campo observaciones o concepto se consignarán los siguientes dígitos 2430-0000-04-0914-20

PUBLICACIÓN: Firmada la anterior resolución es entregada en esta Secretaría para su notificación, dándose publicidad en legal forma, y se expide certificación literal de la misma para su unión a autos. Doy fe.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/cove mediante el siguiente código seguro de verificación: 0925959019319641042889



Madrid