

En Logroño, a 6 de julio de 2010, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José María Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

60/10

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a M. J. B., por los daños, a su juicio, causados al no haberle detectado durante su embarazo que el feto padecía Síndrome de Down.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

En fecha 6 de febrero de 2009, la Abogada D^a I. A. G., que dice actuar en nombre de D^a M. J. B. y D. O. J. C. G., presenta ante la Oficina Auxiliar del Registro de la Consejería de Salud un escrito en solicitud de responsabilidad patrimonial en el que reclama la cantidad de 300.000 euros, y en el que hace constar el siguiente relato de hechos:

“Paciente nacida el 12 de mayo de 1975, fumadora y con antecedentes personales de asma alérgico, síndrome depresivo, que ha precisado tratamiento farmacológico, y obesidad mórbida, en tratamiento con anticonceptivos hasta enero de 2007 y que se queda embarazada por segunda vez, siendo atendida en el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja.

El 23 de mayo de 2007, la paciente es remitida desde el Centro de Salud a Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja, por un cuadro de amenorrea. Se realiza una historia clínica en la que se recogen los antecedentes personales y ginecológicos (menarquia a los 9 años, tipo menstrual 4/22, fecha de la última regla el 20 de abril de 2007); y la enfermedad actual, consistente en la amenorrea; y refiriendo la paciente vómitos matutinos, aumento mamario y que los olores le molestan. La paciente refiere haberse hecho un test de embarazo, que dio positivo débil. En el Centro de Salud se realizó un test sanguíneo, que fue negativo; motivo por el que la remiten a Urgencias. La exploración física es normal y se remite a Ginecología.

El 13 de junio de 2007, es valorada en Consultas Externas de Ginecología por un retraso menstrual de 9 días el mes anterior. Se realiza una historia clínica, en la que se recogen los antecedentes personales de la paciente, así como los ginecológicos (tipo menstrual 3/30, fecha de la última regla el 29 de mayo de 2007). Se realiza una exploración física, que es normal; y se realiza una ecografía ginecológica, en la que se informa un aparato genital normal. La citología vaginal es normal.

El 15 de junio de 2007, es valorada en el Servicio de Endocrinología y Nutrición, que realiza una historia clínica completa, en la que se recogen los antecedentes familiares y personales de la paciente, así como la historia actual, en la que se refiere una pérdida de peso de 14 kg en 4 meses, sin disminución de la ingesta o aumento de la actividad física. Tras un retraso menstrual, su Médico de cabecera le realiza una analítica en la que se objetiva una elevación de la hormona de crecimiento (15 mg/ml), con somatomedina C normal. Se realiza una exploración física y se analizan los niveles de hormonas tiroideas (normales), emitiéndose el juicio diagnóstico de cifra elevada de hormona de crecimiento por pico secretorio con somatomedina C normal, sin clínica de acromegalia, obesidad grado 1. No precisa tratamiento y se recomienda una revisión en el caso de que, tras el parto, presente amenorrea; se hace referencia en el informe a que la paciente está en la semana 9 de gestación, ya que el informe se emite con fecha 23 de julio de 2007.

Con fecha 27 de junio de 2007, se realiza una ecografía ginecológica, en la que se observa un útero en anteposición, de tamaño, forma y ecogeneidad normales, con unas medidas de 91x39 mm. La línea endometrial es normal. Ambos anejos son visibles, con características ecográficas y tamaño normales. El juicio clínico es de aparato genital normal.

Posteriormente, confirmada la gestación, se hace el seguimiento de la misma en el Servicio de Obstetricia y Ginecología, siendo la primera valoración el 27 de agosto de 2007, fecha en la que se abre la historia clínica completa, y se realiza una exploración física; la fecha de la última regla es el 29 de mayo de 2007. Se solicitan varias pruebas complementarias, constando los resultados de la serología de toxoplasma (negativa). Se realiza, ese mismo día, una ecografía obstétrica (estando de 12+6 semanas de gestación), objetivando una longitud cráneo-raquis de 60,0 mm, lo que se corresponde con un feto de 12,4 semanas. La placenta es anterior, con una estructura e inserción normales. El líquido amniótico es normal, así como el ductos. La somnolescencia nuchal es normal.

La siguiente ecografía obstétrica se realiza el 22 de octubre de 2007 (20+6 semanas), la biometría fetal se corresponde con la edad gestacional: diámetro biparietal 46,0 mm (20,1 semana), perímetro cefálico 176,0 mm (20,1 semana), perímetro abdominal 155,0 mm(20,5 semana), fémur 32,0 mm (20,1 semana). La placenta es anterior y se observa que es un varón, en cefálica. El líquido amniótico es normal, así como el resto de la exploración.

En la revisión del mes siguiente, realizada el 28 de noviembre de 2007 (semana de gestación 26), la presentación es cefálica y se realiza la prueba de sobrecarga oral de glucosa (test de O'Sullivan) que resulta positiva (intolerancia a la hora, con glucemia de 224 mg/dl), indicándose tratamiento con dieta.

La noche del 12 de diciembre de 2007, acude a Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja por fiebre (hasta 38° C) y tos sin expectoración, pero que produce vómitos; la paciente no refiere ninguna otra sintomatología. A la exploración física, la temperatura es de 37,2° C, objetivándose una faringe irritada con hipertrofia amigdalar y siendo el resto de la exploración normal. Se realiza una analítica de sangre y orina, diagnosticándose una infección de vías respiratorias altas e indicándose tratamiento antibiótico y sintomático.

La siguiente ecografía obstétrica se realiza el 17 de enero de 2008, estando en la semana de gestación 33+2; el feto está en podálica, la placenta anterior y tanto su estructura como inserción son normales. El líquido amniótico es normal. Se realiza un doppler umbilical, siendo el índice de resistencia de 0,79. No consta la biometría fetal y el juicio ecográfico es el de gestación normal que corresponde a 31+5 semanas; y el de crecimiento intrauterino retardado, disarmónico leve.

Dos semanas después, acude a revisión, el 31 de enero de 2008, refiriendo movimiento fetales y realizándose una nueva ecografía obstétrica (semana de gestación 35+2), siendo de dificultad de realización alta. La biometría fetal se corresponde con una gestación de 31,6 semanas; diámetro biparietal 8,0 mm (32,3 semana), fémur 62,0 mm. (32,2 semana); el peso aproximado fetal es de 1802+263 gr; la placenta es anterior, con estructura e inserción normales; y se observa una disminución en la cantidad de líquido amniótico (oligoamnios moderado); el feto está en podálica. En el doppler umbilical, el índice de resistencia (IR) de la arteria umbilical es de 0,72. El juicio ecográfico es de crecimiento intrauterino retardado, disarmónico, moderado-grave.

Al día siguiente (1 de febrero de 2008), ingresa en el Complejo hospitalario. A la exploración, no se objetiva dilatación del cuello uterino y la bolsa está íntegra; se monitoriza la frecuencia cardiaca fetal (test pasivo), que es normal (ausencia de DIPs). La paciente permanece ingresada en observación; y, tras la maduración pulmonar, se indica la realización de una cesárea programada. Se realiza un cultivo recto-vaginal y urocultivo, que son positivos a "streptococo agalactiae".

La cesárea se realiza el 7 de febrero de 2008, estando de 36+2 semanas, siendo el nacimiento a las 10,20 horas; durante la intervención, se describe la existencia de múltiples adherencias en todos los planos, que dificultan la cirugía y hacen imposible la realización de la ligadura tubárica. Nace un niño con Apgar 9/10 y peso 1.800 gr, precisando reanimación superficial; la gásmetría de cordón pH 7,30. El cordón, la placenta y las membranas son normales. La evolución posparto de la paciente es favorable, siendo dada de alta hospitalaria el 11 de febrero de 2008. Posteriormente, el 10 de marzo de 2008, acude a Urgencias por manchado vaginal ("expulsión de un trozo de carne") y dolor en hipogastrio; asimismo refiere induración mamaria derecha. Se deriva a Ginecología para su valoración.

El recién nacido ingresa al nacer en la Unidad Neonatal, por bajo peso. En la historia realizada en este Servicio de prematuros, constan los antecedentes perinatales y los de la gestación; en ésta, además de lo ya referido, se refleja una serología para rubéola (inmunidad), así como el resultado del triple screening (1/917). A su ingreso, el niño pesa 1.800 gr (P<10), la talla es de 41,5 cm. (P<10) y el perímetro cefálico 28,5 cm. (P< 3). A la exploración, se observa un fenotipo de Down, con Hendiduras palperables oblicuas, braquicefalia con occipucio plano, cuello corto, pliegue nucal redundante y pabellones auriculares de implantación baja. El resto de la exploración es normal, aunque presenta hipotonía generalizada de predominio axial. La evolución del niño es favorable, confirmandose la trisomía 21 en el cariotipo (47 XY,+21).

Se realizan estudios cardiográficos para complementar el estudio del Síndrome de Down, objetivándose un foramen oval permeable y una comunicación interventricular muscular apical (sintomáticos). Durante su estancia en la Unidad, presenta una trombocitopenia asintomática, una ictericia leve multifactorial y un exantema tóxico del recién nacido, con foliculitis facial, y un eritema erosivo perianal. Es dado de alta hospitalaria el 27 de febrero de 2008, con unas recomendaciones terapéuticas.

El 27 de mayo de 2008, se realiza un estudio de potenciales evocados auditivos, diagnosticándose una hipoacusia de transmisión bilateral de intensidad leve, recomendándose un control evolutivo. El

20 de junio de 2008, es valorado en Urgencias por una erupción pruginosa. A la exploración, se observa un exantema morbiliforme, de predominio en espalda y miembros inferiores, emitiéndose el juicio clínico de sudamina vs. exantema vírico, indicándose un tratamiento y control por su Pediatra.

Entendemos que, dadas las innumerables pruebas a las que fue sometida la paciente, es sorprendente el no haber tenido en ningún momento un diagnóstico correcto del estado del feto, de las posibles deficiencias que pudiera tener, privando así a la madre de haber optado por cualquier posibilidad que le ofrece la legislación vigente.

A Dª M. le ha cambiado la vida de forma radical, ha pasado de ser una mujer libre, trabajadora a tener que reducir su jornada laboral para poder ofrecer a su bebé una serie de actividades imprescindibles para un bebé con Síndrome de Down”.

Al no acreditarse la representación en la que dice actuar, en fecha 10 de febrero de 2009, se le requiere a tales efectos, compareciendo Dª M. J. B. y D. O. J. C. G., el día 26 de febrero de 2009, ante el Servicio de Asesoramiento y Normativa, otorgando su representación a la Sra. A., mediante comparecencia personal.

Segundo

En fecha 5 de marzo de 2009, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, y se nombra a la Instructora del mismo. Posteriormente, se comunica a la firmante de la reclamación, diversa información relativa a la instrucción del expediente administrativo.

Tercero

En fecha 6 de marzo de ese año, se solicita, de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología a Dª M. J. B., su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y, en particular, el informe de los Facultativos que le atendieron. Dicha petición de información es reiterada en fechas 14 de abril y 2 de junio, constando la misma a continuación del tercer requerimiento.

Cuarto

En fecha 8 de junio, se solicita informe a la Inspección Médica, que es evacuado en fecha 10 de agosto, y en el mismo se contienen las siguientes conclusiones:

“Del contenido del historial clínico existente en este expediente, no parece desprenderse una falta de atención a Dª M. J. B. y, por supuesto, ni falta de diligencia ni de pericia ni de cautela. La paciente fue atendida correctamente durante su embarazo, habiéndosele realizado cuantas consultas y exploraciones están establecidas en los actuales protocolos de atención. Del mismo modo, fue atendida en el Servicio de Urgencias dos veces a lo largo de su embarazo, realizándole las exploraciones y pruebas analíticas precisas para diagnosticar y tratar sus dolencias, teniendo en

cuenta su estado de gestación. En consecuencia, no se observa una desatención ni falta de diligencia a lo largo de todo su embarazo y parto.

El Síndrome de Down es una anomalía genética y, por lo tanto, presente en el embrión, y después en el feto, desde los primeros momentos de su formación. Cualquier actitud clínica, hasta la fecha, no puede modificar los genes del embrión, y, por lo tanto, en ningún caso puede incluir en el curso de dicho Síndrome, en el sentido de que una mala situación favorezca o aumente la expresión de dicha enfermedad. En el momento actual, es posible su detección, y para ello es preciso la realización de una prueba cruenta, como es la amniocentesis. Es una prueba no exenta de complicaciones y riesgos que, en ocasiones, puede ser causa de aborto y, por lo tanto, no es conveniente realizarla de manera sistematizada. Por ello, existen unos protocolos de actuación, que establecen los criterios en los que está indicada dicha prueba y que, según la Dra. J. H. H., se han seguido en este caso. Esta forma de actuación protocolizada está avalada por la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.

A D^a M. J. B. se le sometió, como a cualquier otra paciente, a dichos protocolos, que incluye una prueba de screening de riesgo de Síndrome de Down y otras alteraciones genéticas y, como los resultados estaban dentro de los parámetros normales, no se consideró necesario realizar una amniocentesis corriendo con ello una serie de riesgos, algunos de los cuales he comentado anteriormente. En los resultados de las pruebas de cálculo de riesgo, y que son conocidas por las pacientes, se señala textualmente que no es una prueba diagnóstica, sino un cálculo de probabilidad, y que permite detectar entre un 60-80% de los casos de Síndrome de Down. Por tanto, la paciente debía conocer esta circunstancia y, por lo tanto, nadie le pudo asegurar que su niño no pudiera presentar un Síndrome de Down u otra alteración metabólica o genética.

No cabe, a mi juicio, sostener que, en la atención recibida en el Hospital San Pedro a D^a M. J. B., se hayan vulnerado los principios de atención, diligencia y pericia. Del mismo modo y por los argumentos expresados en párrafos anteriores, entiendo que, en ningún momento, se ha vulnerado la "lex artis". Por el contrario, considero que la atención recibida por la paciente ha sido correcta y adecuada, y que en el seguimiento de su embarazo se tomaron todas las medidas posibles y aceptadas por la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología para poder detectar, lo más precozmente, el padecimiento del Síndrome de Down.

Quinto

Consta, a continuación, en el expediente, el informe pericial, emitido a instancia de la Compañía Aseguradora, cuyas conclusiones son las siguientes:

"Se trata de un caso de Síndrome de Down no diagnosticado prenatalmente, a pesar de las pruebas realizadas al respecto.

Dado que las pruebas que sirven para el diagnóstico de cromosomopatía (amniocentesis y biopsia corial) son invasivas y no exentas de complicaciones, los actuales protocolos establecen algún tipo de cribaje previo para detectar a las gestantes de mayor riesgo.

Existe un informe en el que consta la realización de un cribaje bioquímico del segundo trimestre, cuyo resultado informa de bajo riesgo. Asimismo, se realizó un estudio específico de un marcador ecográfico de riesgo (traslucencia nucal), que fue normal.

Las pruebas de cribado bioquímico y ecográfico realizadas tienen una sensibilidad del 75%. Ningún método de cribaje de cromosopatías es diagnóstico y todos tiene falsos negativos (test negativos en gestantes con síndrome de Down).

Los profesionales intervinientes actuaron conforme a lex artis ad hoc, sin que exista actuación negligente alguna en los hechos analizados”.

Sexto

El 18 de marzo de 2010, se notifica a la Sra. A. G. la apertura del trámite de audiencia, obteniendo, en fecha 29 del mismo mes, copia de todo el expediente, sin que conste haberse presentado escrito de alegaciones.

Séptimo

El 31 de mayo, se dicta una Propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación interpuesta, por no ser imputable el daño denunciado al funcionamiento de los Servicios Sanitarios Públicos, Propuesta que es informada favorablemente por la Dirección General de los Servicios Jurídicos, mediante informe de fecha 4 de junio de 2010.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 7 de junio de 2010, registrado de entrada en este Consejo el 14 de junio de 2010, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 15 de junio de 2010, registrado de salida el 16 de junio de 2010, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

El art. 11,g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Disposición Adicional 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones que, en concepto de daños y perjuicios, se formulen ante la Administración Pública, cuando la cuantía de las reclamaciones sea indeterminada o superior a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por la Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto, por lo que, reclamándose en este caso la cantidad de 31.324,86 euros, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPC), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados 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, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente,

que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así, como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, en estos casos y como señala la Propuesta de resolución, la obligación del profesional médico y de la Administración sanitaria es una obligación *de medios y no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o, lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

En el caso sometido a nuestra consideración, la reclamación no viene a atribuir un funcionamiento anómalo del sistema sanitario público. Más aun, se reconoce expresamente el hecho de que la reclamante fue objeto de un exhaustivo seguimiento de su embarazo, haciendo recaer precisamente el nexo causal entre el daño alegado y la prestación del servicio sanitario en el hecho de no haberse realizado un diagnóstico correcto sobre el feto tras las innumerables pruebas a que fue sometida. Sin embargo, la reclamante, ni en su escrito inicial, ni tampoco a lo largo de la tramitación del expediente administrativo, indica, en qué prueba debía haberse, al menos, sospechado la existencia de un síndrome de Down en el feto. Tampoco se indica que otras pruebas debían haberse realizado para llegar a ese diagnóstico. Y esa era precisamente la obligación de la reclamante, o, al menos, la acreditación que le incumbía en función de las normas sobre carga de la prueba, pues del expediente se desprende que todas las ecografías que se le realizaron arrojaron un resultado ecográfico normal. Por otra parte, a la paciente se le practicaron los estudios y pruebas protocolarias necesarias a lo largo del embarazo.

Dado que las pruebas que sirven para el diagnóstico de cromosomopatía son invasivas y no exentas de riesgo, se establece en los actuales protocolos un tipo de cribaje previo, para no someter a la madre y al feto a riesgos innecesarios. De estos métodos de selección de cribado, los más empleados son los siguientes, según el informe pericial

obstante en el expediente: i) edad de la madre; ii) marcadores bioquímicos en suero materno; iii) marcadores ecográficos; y iv) combinación de los métodos anteriores.

A la luz de estos factores de cribado, no se observó la necesidad de realización de la amniocentesis. Por lo tanto, en principio, puede mantenerse que la paciente fue sometida a los protocolos establecidos, que no evidenciaron la posibilidad de que el feto padeciese síndrome de Down y, por ello, no se le realizaron más pruebas.

A la vista de las anteriores conclusiones, basadas en manifestaciones e informes contenidos en el expediente administrativo, la reclamante no ha llevado a cabo la mínima actividad probatoria tendente a demostrar que el método de cribaje utilizado no respondía a los protocolos aplicables, o que los datos que arrojaban esos métodos de selección anteriormente aludidos aconsejaban la práctica de alguna otra prueba. La reclamante, se ha limitado a formular la reclamación, sin más pruebas que la documental aportada al escrito inicial, relativa a las pruebas practicadas a la gestante y, por lo tanto, debemos mostrar nuestra conformidad con la desestimación de su reclamación.

CONCLUSIONES

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por D^a M. J. B..

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero