



Juzgado de Primera Instancia número 3
Barcelona
Procedimiento: Juicio Ordinario número 1044/2018-C1

SENTENCIA Nº 73/2020

En Barcelona, a 30 de marzo de 2020.

VISTOS por mí, [redacted] Magistrada del Juzgado de Primera Instancia número 3 de Barcelona, los anteriores autos de juicio ordinario sobre reclamación de cantidad por responsabilidad extracontractual, a instancia de [redacted] representado por la Procuradora [redacted] y asistido por la Letrada D^a Matilde Gema Barrabés Ramírez, [redacted] representada por el Procurador [redacted] y asistida por e [redacted] contra la entidad "ZURICH INSURANCE PLC, SUCURSAL EN ESPAÑA", representada por el Procurador [redacted] y asistida por el Letrado [redacted]

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La parte actora, con la defensa y representación antes indicada, interpuso demanda en fecha 16 de octubre de 2018 contra la mencionada entidad demandada en la que, en síntesis, aducía lo siguiente: 1) D^a [redacted] esposa y madre de los demandantes, de 61 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia (DLP), en tratamiento farmacológico, asma desde la infancia, obesidad, bronquitis (EPOC) e insuficiencia venosa, le había sido realizado un electrocardiograma con ocasión de su estancia en el Servicio de Urgencias del Hospital de Bellvitge (4 de abril de 2011) en el que se informaba de bloqueo incompleto de rama derecha", reflejándose como antecedente médico "bloqueo trifascicular derecho desde 2'11" ;2) En fecha 19 de noviembre de 2014 la [redacted] acudió al Cap de Castellgalí por presentar, desde hace tres días, tos con expectoración escasa, fiebre, sensación de disnea leve, acudiendo nuevamente el 25 de noviembre de 2014 por presentar mialgias importantes con tos seca, siendo pautado

Aquest document haurà validat si és signat amb una signatura manuscrita per les persones que el validen - Este documento tendrá validat si es firmat con una firma manuscrita por personas que lo validen
Data i hora CAD:2020 10:24





levofloxacin, solicitando radiografía de tórax y espirometría; 3) Asimismo en fecha 10 de diciembre de 2014 acude a centro de asistencia para control por enfermería (plan antitabaco) y realización de electrocardiograma (no consta el resultado), con diagnóstico de insuficiencia renal leve, que se estima atribuible a HTA, además de la edad de la paciente obteniéndose resultado de analítica en fecha 15 de diciembre de 2014; 4) En En fecha 17 de diciembre de 2014 se informa del resultado del electrocardiograma realizado "T negativas en caras inferiores y laterales", no refiere episodios de dolor torácico de características coronarias, sólo de características mecánicas cuando tiene tos, no obstante se remite a la paciente a cardió y nefro de forma urgente; 5) En fecha 22 de diciembre de 2014 la [REDACTED] acude nuevamente al CAP presentando sensación de disnea matinal (dificultad respiratoria) y a los pequeños esfuerzos, y explica un episodio de dolor opresivo precordial coincidiendo con el cuadro bronquial, sin vegetatismo, que le duró unos 10 minutos. Desde entonces algunos episodios de palpitaciones, apuntando la orientación diagnóstica a un posible origen cardiogénico del proceso, siendo derivada al Hospital de Sant Joan de Déu (xarxa asistencia de Manresa Althaia) para valorar su posible ingreso; 6) La paciente acude al servicio de urgencias de Sant Joan de Déu el 23 de diciembre de 2014, siendo valorada la analítica realizada en fecha 12 de diciembre y realización de nueva analítica valorada dentro de los límites de la normalidad, cursando alta hospitalaria a las 6:55 horas: a) Sin haber valorado los antecedentes de la paciente, ni patologías que aparecen en las visitas del CAP ; b) Sin haber obtenido todos los resultados analíticos dado que las 11:41 se habían obtenido los resultados de los marcadores cardíacos que informaba de una alteración del Pro BNP de 25.670 pg/ml, que puede predecir riesgo de fallecimiento en pacientes que ha tenido un infarto de miocardio o angina inestable así como el riesgo de insuficiencia cardíaca nueva o en progresión, siendo el resultado indicativo de alta probabilidad de insuficiencia cardíaca congestiva (mayor de 1.800 pg/ml), sin que posteriormente se contactara con la paciente para informar del resultado y de la necesidad de acudir urgente al Servicio de Cardiología del Hospital; c) sin haber interesado marcadores coronarios cardíacos como Troponina T y CK, ni realizado otras exploraciones complementarias como coronografía, ecocardiografía o simplemente seguimiento evolutivo mediante la monitorización de constantes; d) Se cursa el alta bajo una orientación diagnóstica de insuficiencia renal leve, distinta a la que motivo su derivación a urgencias (dolor torácico atípico, palpitaciones, tos), además de reseñar que la insuficiencia renal está relacionada con las coronopatías; e) La paciente permaneció en su domicilio ignorando la gravedad de su diagnóstico y sin recibir el tratamiento necesario y adecuado; 7) Consta asimismo un informe emitido por el médico que atendió a la paciente. [REDACTED] de fecha 20 de abril de 2016 en el que se indica textualmente: "llavors veient l'analítica que jo mateix havia sol·licitat, amb un pro-bnp elevat que em fa pensar que es tracta d'un episodi d'insuficiència cardíaca a un probable infart de miocardi"; 8) El 30 de diciembre de 2014, debe acudir el Sem al domicilio de la [REDACTED] por pérdida de conciencia, siendo realizadas maniobras de PCR (parada cardiorespiratoria) y desfibrilador, consiguiendo respuesta durante unos minutos con alteraciones del ritmo y a su llegada al hospital se realizan maniobras de resucitación sin resultado, siendo exitus a las 21:00 horas siendo entonces

Aquest document tindrà validesa si es signa amb una signatura manuscrita per les persones que el validen. - Este documento tendrá validez si es firmado con una firma manuscrita por personas que lo validen

Data i hora 04/04/2020 10:24





cuando se informa a los familiares resultado de la analítica que se solicitó días antes; 9) El resultado de la necropsia (estudio histopatológico) destaca la presencia de infarto agudo de miocardio en cara posterior del ventrículo izquierdo afectado tabique interventricular y ventrículo derecho con presencia de arterias coronarias extensamente calcificadas con predominio de la coronaria derecha con 75 por ciento de oclusión de la luz vascular; 10) El fallecimiento se produjo por la progresión de una patología cardíaca no estudiada ni tratada, pese a la sintomatología de la paciente y el resultado de los marcadores cardíacos indicativos de insuficiencia cardíaca, como reconoció el propio facultativo que atendió a la [REDACTED]

A continuación, aducía los fundamentos legales que consideraba de aplicación, interesando se dictase Sentencia por la que se condenase a la entidad demandada a abonar al demandante [REDACTED] la suma de [REDACTED] a favor de la [REDACTED] la suma de [REDACTED] más los intereses legales a contar desde la fecha de producción del siniestro, siendo impuestas las costas procesales causadas a la parte demandada.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda y emplazada la demandada para su contestación, en fecha 19 de diciembre de 2018 presentó escrito por el que, en síntesis, se oponía a la pretensión económica ejercitada de contrario por los siguientes motivos; 1) Error en la normativa aplicable, basando la parte actora la acción de reclamación de cantidad en la normativa del Código Civil y tutiva del consumidor, cuando la determinación de existencia o inexistencia de responsabilidad de la administración asegurada, exige su análisis desde la óptica del derecho administrativo; 2) La actuación médica realizada en el presente caso en el Hospital Althaia de Manresa el día 23 de diciembre de 2014, se sujetó a la *lex artis ad hoc*, siendo atendida por la Doctora [REDACTED] y intervención de la [REDACTED] realizando exploración de la paciente, tensión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, temperatura corporal siendo normales, así como la auscultación pulmonar y exploración abdominal, realizándose como prueba complementaria electrocardiograma que se informa similar al realizado en 2013 y la radiografía de tórax que es igual a las anteriores, siendo la orientación diagnóstica de insuficiencia renal aguda; 3) Posteriormente la paciente fue atendida por el docto [REDACTED] quien realiza gasometría arterial con leve hipoxemia, solicitando analítica y cursando alta derivando a consultas externas de medicina y neumología para seguimiento; 4) Tal y como se desprende del informe pericial aportado y en lo que respecta a la ausencia de recepción del resultado de la analítica realizado a la demandante con carácter previo al alta hospitalaria que evidenció el marcador pro-BNP muy elevado, dicho marcador únicamente sugiere riesgo futuro de insuficiencia cardíaca, lo que resultaba absolutamente lógico atendidos los antecedentes previos de la paciente, por lo que el conocimiento previo del resultado de la analítica no hubiera desaconsejado el alta de la paciente; 5) La presencia de dolor torácico no determina por sí sola la existencia de un problema cardíaco, pudiendo ser de carácter neurálgico o pleurítico, y los casos en los que el dolor torácico es de origen coronario habitualmente presenta síntomas vegetativos; 6) En cuanto a la





praxis médica cardiológica, una vez establecido que la paciente presentaba un dolor torácico atípico y electrocardiograma no demostrativo de isquemia aguda o necrosis, las posibilidades de padecer un evento cardíaco son mínimas; 7) Finalmente la autopsia objetiva la presencia de lesiones coronarias con un infarto de miocardio de pocas horas de evolución, lo que permite concluir que el análisis previo de marcadores de daño miocárdico (troponinas CK y dímeros) hubiera resultado negativo; 8) Siendo la aparición del infarto agudo de miocardio (IAM) fulminante no era previsible en el momento de la asistencia en urgencias la existencia de riesgo vital de origen cardíaco y nada podía hacer prever que la paciente pudiera padecer un infarto de miocardio 7 días después de ser atendida en urgencias, ya que todas las pruebas realizadas apuntaban precisamente a que no existía problema cardíaco alguno; 9) Subsidiariamente y en el negado supuesto de considerar la existencia de déficit asistencia, es indiscutible que el fallecimiento se produjo por una patología que afectada a la [REDACTED] que afectaba a las posibilidades de supervivencia del paciente, por lo que nos encontraríamos ante una pérdida de oportunidad, por lo que la indemnización solicitada debiera ser reducida en un 75 por ciento, por cuanto en el caso de haberse actuado de otra forma las posibilidades de supervivencia no se hubieran incrementado en más de un 25 por ciento; 10) No serían de aplicación los intereses previstos en el artículo 20 de la LCS al existir causa justificada para el impago, y subsidiariamente, el plazo inicial para su cómputo sería el de reclamación a la demandada, el día 14 de noviembre de 2016.

A continuación aducía los fundamentos legales que consideraba de legal aplicación, interesando que se dictase Sentencia desestimatoria de la demanda, con imposición de las costas procesales causadas a la parte demandante.

TERCERO.- Convocadas las partes para la celebración de la correspondiente audiencia previa, ésta tuvo lugar con la debida asistencia y representación de las partes, ratificándose todas ellas en sus respectivas pretensiones. Por recibido el pleito a prueba, fue admitida la propuesta con el resultado que es de ver en autos, señalándose a continuación día para la celebración de la correspondiente vista, en la que tras la práctica de las pruebas propuestas y admitidas y las conclusiones de las partes, quedaron los autos vistos para Sentencia.

CUARTO.- En el presente procedimiento se han observado todas las prescripciones legales, procediendo a dictar Sentencia en cuanto lo ha permitido el volumen de asuntos existente en el Juzgado.

Aquest document tindrà validesa si es signat amb una signatura manuscrita per les persones que el validen. - Este documento tendrá validez si es firmado con una firma manuscrita por personas que lo validen.

Data i hora: 04/04/2020 10:24





FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- De las acciones ejercitadas. Planteamiento de la litis

La parte actora, [REDACTED], [REDACTED] ejercitan una acción directa, prevista en el artículo 76 de la Ley 50/80, de 8 de octubre de la Ley del Contrato de Seguro, contra la entidad "Zurich Insurance España", aseguradora del Hospital Althaia de Manresa, en reclamación de indemnización de daños y perjuicios por existencia de responsabilidad civil y patrimonial derivada de la inadecuada prestación del servicio sanitario por parte de dicho organismo, por infracción de la lex artis ad hoc del personal sanitario que prestó asistencia médica a la paciente [REDACTED] el día 23 de diciembre de 2014, tras acudir al Hospital Althaia de Manresa derivada del Centro de Asistencia Primaria de Castellgalí, concurriendo error y retraso en el diagnóstico de la patología coronaria que afectaba a la paciente, causa del infarto agudo y el posterior fallecimiento de aquélla el día 30 de diciembre de 2014, días después de haber cursado el alta hospitalaria, interesando la condena de la entidad aseguradora al abono a favor esposo de la fallecida [REDACTED] la suma de [REDACTED] y a favor de la hija de la fallecida [REDACTED] la suma de [REDACTED], más los intereses legales a contar desde la fecha de producción del siniestro.

Se funda la demanda, según relato fáctico de la misma, en la mala praxis en el empleo de las técnicas de diagnóstico, valoración y tratamiento por parte del personal dependiente del Hospital Althaia de Manresa, asegurado por la entidad demandada, al concurrir una serie de circunstancias asistenciales en la atención médica prestada a la paciente el día 23 de diciembre de 2014 que incidieron de forma negativa en el resultado producido del fallecimiento de la [REDACTED] el día 30 de diciembre de 2014 por infarto de miocardio secundario a patología coronaria, como son: 1) Error en el diagnóstico de la dolencia que aquejaba a la [REDACTED], que fue derivada al citado Hospital por parte del centro de asistencia primaria con orientación diagnóstica de un posible origen cardiogénico del proceso, siendo en cambio cursada el alta hospitalaria a las 6:50 horas del día 23 de diciembre de 2014 con diagnóstico de insuficiencia renal, sin tener en cuenta los antecedentes de la paciente y las diversas asistencias al centro de asistencia primaria, fundamentalmente, la sintomatología que presentaba y que justificó su derivación a urgencias (dolor torácico opresivo precordial) y sin haber obtenido el resultado de la totalidad de las pruebas realizadas, en concreto el marcador Pro-bnp que sugería una alta probabilidad de insuficiencia cardíaca congestiva; 2) Ausencia de realización de pruebas complementarias que resultaban necesarias para descartar posible patología cardíaca coronaria, tales como marcadores Troponina T y CK, coronografía, ecocardiografía o simplemente, seguimiento evolutivo mediante la monitorización de constantes, cursando el alta de la paciente, que permaneció en su domicilio ignorando la gravedad de su diagnóstico y sin recibir el tratamiento necesario y adecuado,





progresando una patología cardíaca no estudiada ni tratada, pese a la sintomatología de la paciente y el resultado de los marcadores indicativos de insuficiencia cardíaca, lo que condujo al fallecimiento de la paciente el día 30 de diciembre de 2014 por infarto agudo de miocardio secundario a patología coronaria.

Por su parte la entidad aseguradora se opone a la pretensión económica que se postula de contrario, negando la obligación resarcitoria de la posible indemnización que pudiera fijarse, en tanto que no existió error en el diagnóstico, al considerar en esencia que la sintomatología que presentaba la demandante el día 23 de diciembre de 2014 era inespecífica para su origen coronario, ya que la presencia de dolor torácico no determina por sí solo la existencia de un problema cardíaco, pudiendo ser de carácter neurálgico o pleurítico y en lo que respecta a la praxis médica cardiológica realizada en sede de urgencias, una vez establecido que la paciente presentaba un dolor torácico atípico y electrocardiograma no demostrativo de isquemia aguda o necrosis, las posibilidades de padecer un evento cardíaco son mínimas, y en cualquier caso, el conocimiento previo del resultado de la analítica sobre el marcador cardíaco Pro-bnp realizada la paciente antes de cursar el alta hospitalaria, no hubiera desaconsejado el alta de la paciente, dado que únicamente informa de la posibilidad de sufrir en el futuro insuficiencia cardíaca, lo que pudiera considerarse normal, atendidos los antecedentes del paciente. Por último, objetivándose tras la autopsia la presencia de lesiones coronarias con un infarto de miocardio de pocas horas de evolución, esto es, fulminante, ello determina por un lado, que en el momento de la asistencia en urgencias no era previsible la existencia de riesgo vital de origen cardíaco y, por otro lado que el análisis previo de marcadores de daño miocárdico (como troponinas CK y dímeros) hubiera tenido resultado negativo. Por último y en relación a la extensión y cuantificación del quebranto, el mismo debiera ser objeto de moderación, en aplicación de la doctrina jurisprudencial establecida en torno a la pérdida de oportunidad, no siendo de aplicación los intereses previstos en el artículo 20 de la LCS y, subsidiariamente, el día inicial para su cómputo debiera atender a la fecha de comunicación del siniestro a la entidad, que estima en fecha 14 de noviembre de 2016.

SEGUNDO.- Sobre la responsabilidad por el inadecuado funcionamiento de los servicios sanitarios dependientes de la administración. Legislación y doctrina jurisprudencial aplicable.

Resuelto lo anterior, siendo encauzada la pretensión resarcitoria en el ámbito del inadecuado funcionamiento de los servicios sanitarios dependientes de la administración, que se hace extensivo a la entidad aseguradora demandada con arreglo a la póliza suscrita en su día por aquella, ello obliga a examinar la viabilidad de la reclamación frente a la aseguradora por responsabilidad de la Administración asegurada desde la óptica de la legislación

Aquest document s'ha validat amb una signatura manuscrita per les persones que el validen. - Este documento tendrá validez si es firmado con una firma manuscrita por personas que lo validen. Data: 04/04/2020 10:24





administrativa (ATS 18-10-04), en este sentido, conviene recordar que la jurisprudencia ha precisado que para apreciar la existencia de esta responsabilidad son precisos los siguientes requisitos a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas; b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación 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 por su propia conducta.

En interpretación de esta normativa en asuntos de reclamaciones de responsabilidad patrimonial derivadas de asistencia sanitaria, la doctrina jurisprudencial -por todas, la *Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de diciembre de 2008* - tiene declarado que " (...) el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no impide que para su exigencia, como señala la sentencia de 7 de febrero de 2006, sea imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. A tal efecto, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, lo que supondría convertir a la Administración en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, siendo necesario, por el contrario, que esos daños sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de la Administración (Ss. 14-10-2003 y 13-11-1997). La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994 , que cita las de 19 enero y 7 junio 1988 , 29 mayo 1989 , 8 febrero 1991y 2 noviembre 1993, según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencia de 31-10-2000)

A lo expuesto cabe añadir, la consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, según la cual, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que conduciría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex artis como modo de determinar cual es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (STS 14-12-2002). Así pues, solo en el caso de que se produzca una infracción de dicha Lex artis responde la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la





Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberán ser soportados por el perjudicado. La existencia de este criterio de la Lex Artis se basa en el principio jurisprudencial de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación se concreta en prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Se está en presencia, por tanto, ante un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida; criterio que es fundamental, pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión, sino también la infracción del repetido criterio; prescindir del mismo conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad que podría declararse con la única exigencia de existir una lesión efectiva.

Por tanto, considerando que las medidas médicas a la que se sometió Sra. Pafella para el diagnóstico de su patología y para su posterior tratamiento, se encuentra enmarcada en el ámbito de la medicina curativa, cabe recordar en tal sentido la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 27 de septiembre de 2010, que supera ya la clásica distinción entre medicina curativa y medicina voluntaria o satisfactiva, recogiendo que la distinción entre obligación de medios y de resultados no es posible mantenerla en el ejercicio de la actividad médica, salvo que el resultado se pacte o se garantice, incluso en los supuestos más próximos a la llamada medicina voluntaria que a la necesaria o asistencial, cuyas diferencias tampoco aparecen muy claras en los hechos, sobre todo a partir de la asunción del derecho a la salud como una condición de bienestar en sus aspectos, psíquicos y social, y no sólo físico (SSTS 30 de junio y 20 de noviembre 2009). Es reiterada la doctrina de nuestro más alto Tribunal que, en dichos casos, la responsabilidad del profesional médico es, por tanto, de medios y, como tal, no puede garantizar un resultado concreto, siendo obligación suya la de poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose, no sólo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención(STS 20-11-09). Por ello, en el ámbito de la responsabilidad profesional médica, el criterio de imputación del artículo 1902 CC se funda en la culpabilidad y exige del paciente la demostración de la relación o nexo de causalidad y la de la culpa, en el sentido de que ha quedar plenamente acreditado en el proceso que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo (STS 24-11-05; 10 -6-08; 20-11-09,18-5-12).

Esta valoración e interpretación del actuar médico en relación con el contexto personal y de tipo de medicina sobre la que interviene el profesional médico, sin embargo hay que ponerla igualmente en relación con la doctrina relativa al daño médico desproporcionado definiendo la sentencia de 20 de noviembre de 2009 el mismo al decir que el daño médico desproporcionado es





aqué no previsto ni explicable en la esfera de la actuación profesional médico-sanitaria (SSTS 23 de mayo y 8 de noviembre de 2007). En estos casos, en virtud del principio de facilidad y proximidad probatoria, el profesional médico puede estar obligado a probar las circunstancias en que el daño se produjo si se presenta en la esfera de su actuación profesional y no es de los que habitualmente se originan sino por razón de una conducta negligente, cuyo enjuiciamiento debe realizarse teniendo en cuenta, como máxima de experiencia, la necesidad de dar una explicación que recae sobre el que causa un daño no previsto ni explicable, de modo que la ausencia u omisión de la misma puede determinar la imputación (SSTS de 23 de mayo de 2007, 8 de noviembre 2007; 10 de junio y 23 de octubre 2008).

TERCERO.- Aplicación al caso de autos. Premisas fácticas no cuestionadas.

Trasladando dichas consideraciones legales y doctrinales al caso de autos, tal y como se desprende de los términos en que se ha planteado el debate, y puesto que, frente a lo sostenido por los demandantes, la entidad aseguradora sostiene la correcta actuación del Hospital Althaia de Manresa, resulta preciso determinar si en este proceso se ha acreditado, en los términos que se afirman en la demanda, el mal funcionamiento del servicio, su relación con el fallecimiento de la [REDACTED] y si el mismo pudo evitarse empleándose medios y procedimientos distintos a los utilizados, y fundamentalmente lo siguiente: Si la [REDACTED], días antes de su fallecimiento, presentaba sintomatología que hacía sospechar de la presencia de patología cardíaca, lo que aconsejaba la realización de pruebas complementarias que hubieran permitido la detección precoz de la patología coronaria que afectaba a la demandante; o bien considerar como sostiene la parte demandada, que la paciente presentaba síntomas inespecíficos de origen cardíaco, y las pruebas complementarias realizadas (electrocardiograma, radiografía de tórax, auscultación de la paciente) fueron suficientes para descartar en fecha 23 de diciembre de 2014, la existencia de un riesgo vital de origen cardíaco, que aconteció siete días después de haber cursado el alta hospitalaria. Por último, se cuestiona la extensión y cuantificación del quebranto reclamado, en particular, la moderación del importe en aplicación de la doctrina jurisprudencial relativa a la pérdida de oportunidad e intereses previstos en la LCS.

Las premisas fácticas no cuestionadas, y que en todo caso, se desprenden tanto de la historia clínica aportada (doc. 3 de la demanda) corroborada con la más documental consistente en respuesta a oficios cursados a Hospital Althaia, Cap de Castellgalí, como de los informes periciales que aluden a dicha documentación, a instancia tanto de la parte actora (doc. 5 de la demanda) como de la parte demandada (doc. 1 de la contestación) y que han de ser tenidas en cuenta para abordar el análisis de las cuestiones planteadas, son las siguientes:

1. [REDACTED] de 60 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), dislipemia o concentración elevada de lípidos (DLP), asma desde infancia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC),





tabaquismo, insuficiencia venosa, reseñándose asimismo como antecedentes bloqueo trifascicular derecho desde 2011 (doc 3, folio 16) había acudido en fechas 19 de noviembre y 25 de noviembre de 2014 al centro de asistencia primaria de Castellgali por presentar episodios de tos con expectoración, y sensación de disnea. En fecha 17 de diciembre de 2014, presenta dolor torácico de características mecánicas cuando tiene tops (doc. 3 folio 7), constatándose el resultado de electrocardiograma (1 negativas en caras inferiores y laterales) analítica (anemia con tendencia a la macrocitosis) y radiografía de tórax (índice cardiotorácico o ICT aumentado), siendo remitida a consulta de cardiología y nefrología.

2.- En fecha 23 de diciembre de 2014 la [REDACTED] acude nuevamente al centro de asistencia primaria de Castellgali, indicándose que la paciente "presenta sensació dispneica matutina y al realitzar petits esforços Explica un episodi de dolor opressiu precordial coincidint amb el quadre bronquial, sense vegetalisme, que li va durar uns minuts. Desde llavors ha anat presentant algún episodi de palpitations, que la fa posar molt neguitosa". Se constata en la auscultación realizada, "tons rítmics sense fregs ni bufs. Abdomen anodino, no edemes en EEII, varices. No signes de insuficiència cardio respiratòria aguda". Se indica en sede de informe de asistencia como orientación diagnóstica: "Dolor toràcic atípico" y como plan terapéutico: "Es remet a urgències per valorar ingrés"(doc. 3 folio 7, folio 14).

3.- En fecha 23 de diciembre de 2014 la [REDACTED] acude a urgencias del Hospital Althaia de Manresa derivada del CAP constando en autos informe de urgencias emitido por la Doctora [REDACTED] que indica "paciente derivada del Cap por insuficiencia renal aguda y anemia" se ingresa en "nefrología para ajuste de tratamiento" (doc. 3, folio 16).

4.- Consta informe de evolución de la paciente emitido por el doctor Sr. Rafat, médico de urgencias en fecha 23 de diciembre de 2014 (doc. 3 folio 31) en el que se indica que en la exploración no se detecta ninguna alteración, exploración y pruebas complementarias normales, no edemas en extremidades inferiores, siendo orientación diagnóstica de EPOC reagudizado y astenia a estudio, solicitando analítica general, marcadores tumorales y proBNP y hormonas tiroideas, interesando su derivación a CCEE medicina y Neumología para seguimiento. Asimismo en sede informe médico de alta hospitalaria emitido por [REDACTED] el mismo día 23 de diciembre de 2014 (doc. 3, folio 16), se reseña que la paciente acude a urgencias derivada del Cap para valorar ingreso reseñando el motivo de la consulta: "paciente que va patir quadre bronquial a mitjans de novembre, que es va tractar amb levofloxacino i mucolítics. Desde llavors presenta sensació dispneica matutina i al fer petits esforços. Explica un dolor opressiu precordial coincidint amb el quadre bronquial, sense vegtatisme, que li va durar uns 10 minuts. Desde llavors ha anat presentant episodis de palpitations i petits dolors que li generen molta ansietat". Consta realizada exploración física de la paciente (tensión arterial, auscultación cardíaca, auscultación pulmonar y abdominal), y pruebas complementarias electrocardiograma (resultados ya presentes en ECGG realizado en 2013), radiografía de tórax (semejantes a los anteriores) y abdomen y resultado analítica general. Se indica, que cuando explora a la paciente la misma se

Aquest document podrà validar-se si es signa amb una signatura manuscrita per les persones que el validen - Este documento tendrá validez si es firmado con una firma manuscrita por personas que lo validan

Data i hora 04/04/2020 10:24





encuentra asintomática, refiriendo astenia de meses de evolución, sin anorexia ni pérdida de peso, negando disnea, constando solicitud de analítica ordinaria y visita a medicina y neumología.

5.- En fecha 29 de diciembre de 2014 se emite por el laboratorio el resultado de la analítica de sangre realizada en fecha 23 de diciembre de 2014, en el que constata la presencia de marcador cardiaco ProBNP de 25.670 pg/ml, reseñando que un resultado mayor a 1.088 pg/ml resulta alta probabilidad de insuficiencia cardiaca congestiva (folio 50 doc. 3).

6.- En fecha 30 de diciembre de 2014 la paciente [redacted] ingresa en el Hospital Althaia de Manresa vía Sem Intubada, por pérdida de conocimiento en domicilio y encontrada por el servicio de emergencias en parada y asistolia, se realiza ecofast en urgencias sin objetivar contractilidad miocárdica, midriasis reactiva, por lo que se detienen las maniobras de resucitación, siendo exitus a las 20:42 horas con diagnóstico principal de muerte súbita del adulto (doc. 3 folios, 29, 36). En el informe de urgencias emitido por el doctor [redacted] se indica que de acuerdo con la familia se decide solicitar necropsia, reseñando asimismo que en analítica ordinaria que se solicitó destacaba únicamente pro-BNP 25.000, "pel que explico a la familia que es tractava de un quadre de ICC progressiva amb probable IAM avui" (doc. 3 folio 29).

7.- El estudio histopatológico tras autopsia practicada indica (doc. 3 folio 69) que el estudio del miocardio presenta un inicio de necrosis individualizada de las células miocárdicas con edema y foco de hemorragia, afectando al territorio de la arteria coronaria derecha. Las arterias coronarias están calcificadas presentan una disminución de las $\frac{3}{4}$ partes de su luz, con predominio de la arteria coronaria derecha. La cara anterior del ventrículo izquierdo tiene áreas de fibrosis, indicando que se trata de pequeños infartos antiguos. Resto de órganos sin alteraciones significativas. Se indica como diagnóstico: Infarto agudo de miocardio de cara posterior de ventrículo izquierdo, afectando a tabique interventricular y ventrículo derecho. Arterias coronarias extensamente calcificadas con predominio de la coronaria derecha con un 75 por ciento de oclusión de la luz vascular. El resultado de la autopsia concluye que la causa de la muerte ha sido infarto agudo de miocardio de pocas horas de evolución, que afecta cara posterior de ventrículo izquierdo, afectando a tabique interventricular y ventrículo derecho.

8.- En fecha 20 de abril de 2016 se emite informe por el médico [redacted] que cursó el alta a la paciente [redacted] doc. 3 folio 71, en el que indica: "El día 30 de diciembre de 2014, set dies després, torno a visitar a la [redacted] però desgraciadament es troba en aturada cardiorespiratòria, sense poder fer res per revertir la situació, essent èxitus a les 20:42 hores. Llavors veient l'analítica, Llavors veient l'analítica que jo mateix havia sol·licitat, amb un pro-bnp elevat que em fa pensar que es tracta d'un episodi d'insuficiència cardiaca a un probable infart de miocardi, i així ho comunico al marit i filla de la [redacted], sol·licitant la necròpsia, que el marit autoritza. Sobtava que en cap moment la pacient va referir edemes en EEII ni ortopnea ni clínica clara d'angina d'esforç"

Aquest document tindrà validesa si és signat amb una signatura manuscrita per les persones que el vetllen. Este documento tendrá validez si es firmado con una firma manuscrita por personas que lo vellean.

Data i hora: 04/04/2020 10:24





CUARTO.- De la concurrencia de manejo inadecuado del paciente por parte del Hospital Althaia de Manresa por falta realización de pruebas complementarias para el diagnóstico de patología cardíaca. Signos inespecíficos o signos de alarma sugestivos de la presencia de patología cardíaca-coronaria . Retraso y error en el diagnóstico.

Expuestos así los antecedentes fácticos para abordar las cuestiones objeto de la litis, radica la primera de las discrepancias habida entre las partes, tal y como se reseña en sendos informe periciales, aportados tanto a instancia de la parte actora como de la parte demandada, en la presencia en la paciente [REDACTED] de síntomas inespecíficos o no concluyentes de patología cardíaca, o bien de signos o síntomas de alarma que sugerían la realización de pruebas complementarias y que se encontraban presentes en la paciente días antes de su fallecimiento, particularmente a partir del día 23 de diciembre de 2014. Valorando en este sentido los informes periciales aportados que analizan la documentación médica e historial clínico obrante en autos (doc. 5 de la demanda y doc. 1 de la contestación), con arreglo a las reglas de la sana crítica (artículo 348 de la LEC) se estiman en tal sentido acertadas las conclusiones obrantes en sede de informe pericial emitido por el perito [REDACTED] especialista en medicina interna, propuesto a instancia de la parte demandante (doc. 2 folio 18 a 39), así como las manifestaciones vertidas en juicio, frente a las consideraciones médicas expuestas en sede de informe pericial emitido por el perito [REDACTED] especialista en cardiología, propuesto a instancia de la parte demandada (doc. 1 de la contestación), en tanto que las conclusiones emitidas por el perito [REDACTED] ostentan mayor correspondencia con la documentación médica acompañada, principalmente en lo que respecta a la sintomatología que presentaba la [REDACTED] el día 23 de diciembre de 2014 en el centro de asistencia primaria de Castellgalí, causa de su derivación al servicio de urgencias del Hospital Althaia de Manresa para valorar su posible ingreso. En efecto, tal y como indica el perito en el acto de juicio, la [REDACTED] presentaba antecedentes que incidían en riesgo per se en la paciente de sufrir episodios de insuficiencia cardíaca, reseñando como más relevantes, la hipertensión, tabaquismo, siendo además dato significativo sugestivo de patología cardíaca el dolor torácico opresivo precordial que presentaba la paciente [REDACTED] en fecha 23 de diciembre de 2014, que difiere del dolor torácico que presentaba días antes en fecha 17 de diciembre de 2014 (dolor torácico de carácter mecánico), a la vista de su localización, tipología, duración, como es dolor torácico a la altura del corazón (precordial) y opresivo y de duración aproximada de 10 minutos lo que permite calificarlo de carácter anginoso, acompañado además de disnea o sensación de ahogo al mínimo esfuerzo. En tal punto se anexa al informe pericial diversa información médica extraída del portal del Institut Català de la Salut relativos a los signos de identificación de dolor torácico de origen coronario, que aluden a la presencia de dolor en el centro del tórax, su carácter opresivo y su duración. Asimismo indica el perito que la causa de la derivación a urgencias es precisamente la presencia de dicho dolor torácico (doc. 3 folio 7) de características cardiógenas, que asimismo iba acompañado de disnea y palpitaciones (taquicardias), indicando en





tal punto que los síntomas de vegetatismo puede acompañar o no al dolor torácico de origen cardíaco, si bien la presencia sobretodo de disnea o sensación de ahogo es un síntoma de vegetatismo, según asimismo se observa en la bibliografía anexada. A ello no obsta el hecho de que, al tiempo de acudir a urgencias el mismo día 23 de diciembre de 2014, transcurridas escasas horas, la paciente se encontrara asintomática, no refiriendo dolor torácico, sino que precisamente su remisión espontánea corrobora el carácter anginoso del proceso como angina inestable, sin que, por tanto, ello excluya la valoración de la sintomatología de la paciente y que justificó su derivación a urgencias para ingreso. Asimismo la negatividad respiratoria que se detecta en urgencias, tras la auscultación, incidía y abundaba, en opinión del perito, en el origen cardiológico del dolor torácico, ya que descartaría su origen respiratorio. En lo que respecta al resultado de electrocardiograma realizado en urgencias, indica el perito [redacted] en el acto de juicio que el mismo no resultaba concluyente para descartar el origen cardíaco, extremo que queda corroborado por el hecho de que el propio médico que atendió a la [redacted] en el servicio de urgencias, el [redacted] interesara analítica de sangre con marcadores cardíacos Pro-bnp, tal y como se desprende de la historia clínica (doc. 3 folio 31). En tal punto el testigo-perito [redacted] médico que atendió a la [redacted] indicó en el acto del juicio que no coincidía la sintomatología que indica el medico de cabecera en el informe de derivación, con lo que le manifestaba la paciente en urgencias, no refería en aquel momento dolor torácico, no obstante interesa en la solicitud de analítica marcadores cardíacos por lo que, precisamente, se desprendía del informe de derivación emitido por el médico de medicina general.

A ello no obstan las consideraciones médicas expuestas por el perito Sr. [redacted] sobre la ausencia de clínica de dolor torácico de origen cardíaco, en tanto que el análisis de la sintomatología que presentaba la paciente resulta incompleta y sesgada, como es de ver en la reseña de antecedentes del informe pericial, aludiendo únicamente al episodio de dolor torácico precordial que manifiesta la paciente [redacted] el día 23 de diciembre de 2014 en asistencia primaria , sin mención al carácter "opresivo" del dolor torácico y "que duró unos 10 minutos" (doc. 1 página 2 y 3), lo que le ha permitido conceptualarlo como dolor torácico atípico para origen coronario, siendo más propio de carácter neurálgico o pleurítico, aludiendo a la presencia de dicho dolor con aparición de tos y coincidiendo con cuadros respiratorios, cuando lo cierto es que dicha clínica era propia en su caso de la manifestada por la paciente el día 17 de diciembre de 2014, que difiere de la que presentaba el día 23 de diciembre de 2014 y que, precisamente, justificó la derivación a urgencias ese mismo día para su ingreso hospitalario.

En definitiva, de lo expuesto cabe concluir que, tal y como se indica en sede de informe pericial emitido por el perito [redacted] en su informe, a lo que cabe añadir las consideraciones no concluyentes por incompletas obrantes en sede de informe pericial emitido por el perito [redacted] a instancia de la parte demandada, si existían signos de alarma y no síntomas inespecíficos, días antes del fallecimiento de la [redacted] que sugerían la existencia de un origen





Aquest document i índex validesa si és signat amb una signatura manuscrita per les persones que el validen - Este documento tendrá validez si es firmado con una firma manuscrita por personas que lo validan

Data i hora 04/04/2020 10:24

cardiogénico y no respiratorio o de carácter renal del proceso (como erróneamente se orienta en sede de urgencias), y que había constituido la causa fundamental de la derivación de la paciente en asistencia primaria al nivel superior de asistencia, en centro hospitalario, y por ende resultaba preciso y necesario la realización de pruebas complementarias para detectar o en su caso descartar la presencia de un patología cardíaca de base que los estaba originando, como lo corrobora la solicitud de analítica con marcadores cardíacos Pro-bnp por parte del médico de urgencias, y que, inexplicablemente, no se interesa obtener su resultado con carácter previo a cursar el alta de la paciente, el día 23 de diciembre de 2014, y que a fecha 29 diciembre de 2014 confirmaría la presencia de patología cardíaca en la paciente, presentando un resultado alterado y particularmente muy elevado (25.670 pg/ml) informándose en sede de informe de analítica que una alteración de Pro Bnp superior a 1.800 pg/ml es indicativo de alta probabilidad de insuficiencia cardíaca congestiva. Asimismo y pese a que en sede de informe pericial emitido por el doctor [REDACTED] a instancia de la parte demandada, se indica que el elevado valor del marcador Pro-bnp nada tiene que ver con riesgo de sufrir un infarto de miocardio, que únicamente permite colaborar el diagnóstico de disfunción diastólica, reconoció no obstante en sede de acto de juicio el mencionado perito que de haber sido obtenidos los resultados del marcador Pro-bnp al tiempo de la estancia de la [REDACTED] en urgencias, hubiera sido preciso la derivación de la paciente a cardiología la realización de pruebas complementarias para descartar el origen coronario de dicha insuficiencia cardíaca (pruebas de esfuerzo), lo que corrobora las consideraciones expuestas por el perito [REDACTED] en el acto de juicio, a instancia de la parte demandante sobre la utilidad y necesidad de obtención del resultado del marcador Pro-bnp, como valor indicativo y predictivo no sólo de insuficiencia cardíaca, sino también cardíaca- coronaria, su capacidad pronóstica y predictiva de descompensación grave como patrón, por tanto, de mantenimiento de ingreso hospitalario para la realización de pruebas complementarias, (pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, coronografía) o simplemente, monitorización de la paciente, que hubieran evidenciado la patología coronaria que afectaba a la [REDACTED] causa de su posterior fallecimiento. En tal punto según se advierte en el informe de autopsia y estudio histopatológico, la [REDACTED] presentaba una estenosis o estrechez coronaria severa (hasta el 75 por ciento de obstrucción), que fue causa del infarto de miocardio sufrido al producirse obstrucción absoluta del riego arterial, después de cursar el alta hospitalaria.

Por último se indica por parte del testigo-perito [REDACTED] en el acto de juicio, que de haber obtenido el resultado de dicho marcador cardíaco, la derivación de la paciente hubiera sido al servicio de cardiología con carácter de urgencia para la realización de pruebas complementarias. Asimismo y en lo que respecta al resultado del marcador cardíaco Pro-bnp como valor predictivo de patología cardíaca coronaria, destacan las consideraciones obrantes en el propio informe médico de urgencias emitido por el doctor [REDACTED] en fecha 30 de diciembre de 2014 (doc. 3 folio 71) tras el fallecimiento de la [REDACTED] informando a la familia en dicho instante del resultado de la analítica solicitada en fecha 23 de diciembre de 2014 con marcador cardíaco proBNP, de 25.000, asociado por tanto a cuadro de insuficiencia cardíaca progresivo con probable





infarto de miocardio.

De todo ello cabe concluir, por tanto, que la sintomatología de la paciente al tiempo de su derivación a urgencias, junto a sus antecedentes, hacían precisa la realización de pruebas complementarias seriadas que hubieran orientado hacia un diagnóstico correcto de la patología coronaria que presentaba la [REDACTED] y su tratamiento médico adecuado, bien de carácter farmacológico o quirúrgico, que hubiera permitido revertir el proceso de estrechez coronaria severa que aquejaba al demandante, causa del infarto de miocardio sufrido con posterioridad tras cursar el alta hospitalario, produciendo su fallecimiento.

En definitiva las consideraciones expuestas en el informe del Doctor [REDACTED] correlacionadas con la sintomatología y clínica que presentaba el paciente desde el día 23 de diciembre de 2014, sugestiva de angor, denotan la existencia de errores y retraso en el diagnóstico de la dolencias que afectaban a la [REDACTED] un proceso coronario grave, cursando el alta hospitalaria bajo diagnóstico de insuficiencia renal, sin haber obtenido el resultado de la analítica con marcadores cardíacos que pondrían en evidencia una elevadísima probabilidad de insuficiencia cardíaca y que hubiera provocado la realización de pruebas y estudios complementarios simples como prueba de esfuerzo, ecocardiograma, que hubieran determinado un diagnóstico inicial precoz y acertado de patología coronaria grave, estenosis coronaria severa y hubieran garantizando el éxito de las medidas que posteriormente debían ser instauradas para evitar su progresión hacia el infarto agudo de miocardio, por lo que se produjo un servicio irregular o defectuoso por infracción de la lex artis ad hoc que determina la responsabilidad de la compañía aseguradora.

QUINTO.- Determinación del importe objeto de indemnización. Intereses art. 20 de la LCS.

En cuanto a la indemnización solicitada por la parte demandante frente a la entidad aseguradora en méritos a la póliza suscrita, sólo fue excepcionada por la ésta última la aplicación de la doctrina jurisprudencial en torno a la pérdida de oportunidad, si bien como ya se ha razonado, en el caso de autos, concurrió error en el diagnóstico y también una deficiente actuación médica al cursar alta de la paciente sin esperar el resultado de la analítica con marcadores cardíacos cuyo resultado hacía preciso e indispensable la realización de pruebas que confirmarían la insuficiencia cardíaca coronaria que presentaba la paciente y condicionaría el tratamiento médico o quirúrgico a realizar para revertir el proceso de obstrucción coronaria severa que aquejaba a la demandante y evitar así su obstrucción absoluta con posterior lesión infártica y, en definitiva, su fallecimiento.

En cuanto a la cuantificación del quebranto reclamado por el fallecimiento





Aquest document podrà validar-se si és signat amb una signatura manuscrita per les persones que el validen - Este document podrà validarse si es firmado con una firma manuscrita por personas que lo validen
Data i hora 04/04/2020 10:24

de [redacted] esposa y progenitora de los actores, se toma para ello como referencia, y con carácter meramente orientador, el baremo de tráfico, de acuerdo con la constante la jurisprudencia de la Sala Primera que afirma su aplicación con aquel carácter para sectores distintos del automóvil (SSTS de 9 de diciembre de 2008; 11 de septiembre 2009, entre otras), no siendo en todo caso cuestionada la extensión y cuantificación del perjuicio reclamado por los familiares, esposo e hija, por el fallecimiento [redacted] por lo que procede la condena de la parte demandada a abonar a al demandante [redacted] el importe de [redacted] y a [redacted] el importe de [redacted] importes a los que deberá añadirse el que resulte de aplicar el interés legal del dinero, incrementado en un cincuenta por ciento, a contar desde el día 11 de diciembre de 2015, fecha de comunicación del siniestro a la entidad aseguradora (doc. 2), y transcurridos dos años, el interés anual no podrá ser inferior al veinte por ciento (art. 20 de la LCS). En tal punto no se considera acreditado por la parte demandada la existencia de causa justificada que determine la exoneración de intereses, siendo procedente su imposición.

SEXTO.- Costas.

El artículo 394 de la LEC consagra el criterio del vencimiento objetivo, siendo impuestas las costas a la parte que haya visto desatendidas todas sus pretensiones, en este caso, a la parte demandada .

FALLO

ESTIMO la demanda interpuesta por la representación procesal de de D. [redacted] y [redacted] frente a la entidad " ZURICH INSURANCE, PLC SUCURSAL EN ESPAÑA" y condeno a la entidad aseguradora a abonar a [redacted] el importe de [redacted] a favor de [redacted] la suma de [redacted] importes a los que cabe adicionar el que resulte de aplicar el interés legal del dinero, incrementado en un cincuenta por ciento, al contar desde el día 15 de diciembre de 2015, y transcurridos dos años, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por ciento.

Procede la imposición de las costas procesales causadas a la parte demandada.





Notifíquese la presente resolución a las partes, haciéndoles saber que, contra la misma, cabe interponer recurso de apelación, en el plazo de veinte días, ante este Juzgado.

Llévese el original de la presente resolución al Libro de Sentencias, dejando testimonio suficiente en autos.

Así por esta mi Sentencia, lo pronuncio, mando y firmo,

PUBLICACIÓN.- La anterior Sentencia ha sido leída y publicada en el día de su fecha por la Magistrada que la suscribe. DOY FE.

Aquest document tindrà validesa si és signat amb una signatura manuscrita per les persones que el validen - Este documento tendrá validez si es firmado con una firma manuscrita por personas que lo validan

Data i hora 04/04/2020 10:24

