

Dictamen Núm. 130/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de julio de 2024, por medios electrónicos, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 6 de mayo de 2024 -registrada de entrada el día 9 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados de una mala praxis médica y la falta de consentimiento informado, que incluye la extirpación innecesaria de un ovario sin su consentimiento.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 14 de septiembre de 2023, la interesada presenta en el Registro Electrónico una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada, durante la cual se somete a tres intervenciones quirúrgicas y se le extirpa innecesariamente un ovario sin haber sido informada previamente, además de cambiar de método quirúrgico al practicársele una cirugía abierta.

Expone que el día 21 de abril de 2022 le facilitaron el resultado de una biopsia, tras lo cual se le realiza una nueva confirmándose el 24 de mayo de 2022 que presenta un "endometrio vascularizado y enrojecido de forma homogénea. Edematoso al contacto con el suero de hiperplasia atípica". Señala que tras estas pruebas se efectúa una ecografía el 24 de junio en la que se aprecia que "ambos ovarios presentan un estado normal".

Manifiesta que "tras confirmar los médicos el diagnóstico (...) optaron por realizar una intervención quirúrgica" que, según le informaron, "sería (...) por laparoscopia, evitando así cualquier tipo de drenaje y sutura", y a la pregunta de "si únicamente sería una extirpación de endometrio o también afectaría a más partes corporales, como los ovarios", se le indicó que "únicamente sería aquella descrita ya que sendos ovarios estaban en perfecto estado y al ser una paciente joven preferían mantenerlos para evitar un posoperatorio más duro y una futura adulteración de hormonas innecesaria". Así, el día 23 de septiembre de 2022 fue intervenida quirúrgicamente, realizándosele "histerectomía total laparoscópica y salpingectomía bilateral por hiperplasia endometrial atípica./ La intervención consistió en la extirpación de útero y ambas trompas".

En el informe correspondiente se recogen como hallazgos útero normal, trompas normales, ovarios normales y adherencias, explicitándose la "conservación de ovarios". Señala que recibe el alta hospitalaria el día 25, recomendándosele acudir a Urgencias en caso de fiebre, dolor en aumento o sangrado vaginal, y citándola para revisión el 2 de noviembre. Reseña que su estado empeora y acude al Servicio de Urgencias el 2 de octubre de 2022, evidenciando la ecografía que se le practica "ovario derecho e izquierdo de aspecto normal. Resto de pelvis libre", y que "ante la sospecha de hematoma de cúpula vaginal probablemente sobreinfectado se decide ingreso para antibioterapia y observación".

Afirma que a las 24 horas del ingreso "seguía empeorando, y que "tras realizarse un TC en abdomen y pelvis con contraste intravenoso urgente" se decide practicar una "intervención quirúrgica laparoscópica para diagnóstico y valoración de cavidad abdominal, no realizando manifestación alguna acerca de

los ovarios o de que ellos estuviesen causando ningún tipo de problema”, llevándose a cabo el 3 de octubre con anestesia general una “laparoscopia con cuádruple punción según técnica habitual”, en la que se detectan y liberan adherencias y se aprecian ovarios normales.

Precisa que su situación seguía empeorando y se le repite el TC a las 48 horas, observándose un aumento significativo de tamaño de la colección de la pelvis, extendiéndose hacia la fosa ilíaca derecha con burbujas de aire atípico. Por ello los médicos sugirieron una situación de peritonitis en la que era necesario” intervenirla “nuevamente para descartar una perforación intestinal o peritonitis evolucionada con cambios posquirúrgicos”, realizándose cirugía “urgente por (...) peritonitis pélvica por probable hematoma sobreinfectado”. Reseña que una de las pruebas realizadas ese mismo día informa de “representaciones de exocérvix con revestimiento de epitelio escamoso con adecuada maduración, y endocérvix con áreas de metaplasia escamosa, sin otros hallazgos de interés./ Endometrio con edema estromal y áreas de hemorragia, en el que se encuentran inmersas glándulas con luces anguladas y secreción luminal, compatible con endometrio secretor. No se identifican hiperplasia ni atipia citológica. Trompas de Falopio edematosas y congestivas con restos de Walthard y quistes serosos paratubáricos benignos./ Ovarios con áreas esclerosadas y quistes de inclusión epitelial, sin otros hallazgos de interés”, y que sin consentimiento informado firmado por ella o por parte de su pareja tras entrar en el quirófano deciden extirparle “el ovario derecho contradiciendo todo aquello que hasta el momento (...) habían aconsejado los médicos./ A mayor abundamiento, y sin conocimiento previo (...), la intervención fue realizada abriendo el abdomen y no por laparoscopia, como (...) habían confirmado que se iba a realizar. Consecuencia de ello es una cicatriz de más de 20 centímetros que abarca todo el abdomen./ Es en ese momento cuando por primera vez se habla de un problema en el ovario”, al advertir “fibrina adherida en zona de sutura de vagina y salpingectomías. Ovario izquierdo normal. Ovario derecho edematoso que en un principio no se identifica bien y que queda muy móvil y con fácil rotación por lo que se decide su extirpación. Por tanto, ooforectomía derecha

tras ligadura transfixiva de pedículo vascular”. Por último, menciona que el 14 de octubre recibe el informe de la biopsia que analiza el ovario derecho, el cual presenta “áreas amarillas y áreas hemorrágicas predominantemente en periferia y área blanquecina congestiva en relación con porción central”.

Añade que el 17 de octubre de 2022 se emite “el alta hospitalaria sin ningún tipo de explicación en relación con la extracción” del ovario; es decir, nadie le informa sobre “el motivo por el cual (...), sin previo consentimiento, fue necesaria la extirpación urgente (...). La consecuencia (...) fue una triple intervención en menos de diez días, con los problemas físicos que ello acarreó y una menopausia precoz derivada de una extirpación de ovario que desde el primer momento se quería evitar”. Subraya que “a fecha actual no sabemos la situación del ovario y qué llevó a su extirpación”, pues el 14 de octubre de 2022 el doctor le refiere que “se extirpó un ovario por poca viabilidad, pero sin ningún tipo de diagnóstico médico que lo justificase”, y considera que “no existen razones médicas para haber llevado a cabo esta extirpación (...) ni mucho menos” haberla sometido “a tres intervenciones quirúrgicas”.

Cuantifica la indemnización que reclama en treinta mil euros (30.000 €).

Adjunta diversa documentación médica relativa al proceso de referencia.

2. Mediante oficio de 2 de octubre de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos del silencio administrativo, así como el nombramiento de instructor de aquel.

3. Previo requerimiento formulado al efecto, el 26 de octubre de 2023 el Secretario de Gerencia del Área Sanitaria VIII remite al Instructor del procedimiento una copia de la historia clínica de la paciente y el informe elaborado por el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital el día 25 de octubre de 2023.

El informe quirúrgico sobre la cirugía practicada el 3 de octubre de 2022 expresa que “ante hallazgos en pruebas de imagen se decide cirugía urgente./ Se realiza, bajo anestesia general, laparoscopia con cuádruple punción según técnica habitual”, apreciándose “adherencias de epiplón a pared abdominal infraumbilical. Adherencias de ciego a pared lateral de pelvis. Adherencias de sigma a pared lateral de pelvis y cúpula vaginal. Pelvis bloqueada./ Se liberan adherencias con disección roma y con coagulación y sección con pinza Caiman. Dado el gran componente adherencial de aspecto inflamatorio, con adherencias firmes de tramos intestinales, se decide laparotomía exploradora. Laparotomía media infraumbilical, liberación de adherencias firmes de recto-sigma a cúpula y pared pélvica. Se accede a retroperitoneo en lado izdo. sin apreciarse colecciones definidas. Se visualiza ovario izdo. e infundíbulo normales. Liberación de adherencias de ciego a pared lateral pélvica y anejo derecho, el cual se visualiza normal./ Despegamiento de la cúpula vaginal del recto, apreciándose gran cantidad de fibrina pero sin colecciones purulentas. Revisión de recto sigma que impresiona íntegro. Ciego ligeramente deserosado, precisando 4 puntos de refuerzo en serosa./ Se deja Surgicel Powder en lechos de despegamiento. Hemostasia correcta./ Cierre de pared por planos, 2 hemisuturas en fascia, aproximación de subcutáneo. Cierre de fascia en puerto umbilical./ Agrafes en piel./ Instrumental y compresas informados como correctos. Orina clara./ Intervención sin incidencias”.

El informe de alta del Servicio de Ginecología de 17 de octubre de 2022 señala como fecha de ingreso el día 2 del mismo mes por “por dolor abdominal en contexto de posoperatorio de cirugía ginecológica. El 23-09-22 se realizó histerectomía total laparoscópica y salpingectomía bilateral por hiperplasia endometrial atípica. Conservación de ovarios. Cirugía sin incidencias./ Fue dada de alta el 25-09-2022 con buen curso posoperatorio./ Acude hoy porque estando previamente bien comienza con dolor hipogástrico y en ambas fosas ilíacas, irradiado hacia la parte medial y baja de la espalda, a lo que se acompañó fiebre desde hace unas horas./ No clínica miccional. No otra sintomatología. No sangrado ni secreción a nivel vaginal”. Refiere que “ante la sospecha de

hematoma de cúpula vaginal probablemente sobreinfectado se decide ingreso para antibioterapia y observación./ 03-10: A las 24 h del ingreso (...) presenta empeoramiento clínico y analítico. Se solicita TC urgente” que muestra “colección de morfología anfractuosa con unas medidas aproximadas de 27 x 140 mm y pequeña cantidad de líquido libre aparentemente retroperitoneal, infrayacente la bifurcación de los ílacos y en relación con vasos gonadales izquierdos. En fase excretora no se observa fuga de contraste desde los uréteres a la colección que sugiera rotura de los mismos. Engrosamiento de las paredes del sigma debido probablemente a cambios inflamatorios por vecindad; no veo burbujas de aire extraluminal que sugiere que sea el origen de la colección. Hernia infraumbilical con contenido de epiplón, sin asas intestinales; saco herniario de 20 x 22 mm orificio herniario de 15 mm. Colección pélvica. No se observa sangrado activo arterial ni venoso ni rotura/laceración ureteral./ Se explica a la paciente situación y necesidad de realizar laparoscopia diagnóstica para valoración de cavidad abdominal, no objetivando colección pélvica. (Síndrome) adherencial”. El 5 de octubre se anota “posoperatorio lento con empeoramiento analítico, regular evolución clínica. Por lo que se solicita nueva prueba de imagen” que “se compara con TC previo realizado 48 horas antes y se observa un aumento significativo de tamaño de la colección de la pelvis que se localiza en meso recto y se extiende hacia la fosa ilíaca derecha y que mide 12 cm x 7 cm con burbujas de aire atípico en su interior, habiendo aparecido asimismo múltiples microburbujas intra y extraperitoneales. Asimismo, se observa un engrosamiento de las paredes del ciego y del sigma que está en contacto con la colección pélvica. Estos hallazgos sugieren peritonitis a descartar un perforación intestinal (ciego versus sigma) o peritonitis evolucionada con cambios posquirúrgicos (...). Se realiza intervención urgente por abdomen agudo con S.º de Cirugía General: peritonitis pélvica por probable hematoma sobreinfectado. No perforaciones tubo digestivo./ Ooforectomía derecha. Lavado y drenaje”.

El informe quirúrgico relativo a la cirugía practicada el 5 de octubre de 2022 refleja “paciente bajo anestesia general./ Apertura de incisión previa infraumbilical./ Líquido turbio en subcutáneo./ Preparación de campo y

protección de pared./ Al movilizar epiplón de la pelvis salida de abundante cantidad de líquido herrumbroso turbio del que se toma muestra para cultivo. No heces ni líquido biliar./ Revisión de intestino delgado desde el treitz sin hallazgos. Revisión de todo el colon descendente y sigma que se encuentra con sus apéndices epiploicos muy engrosados y edematosos de la peritonitis con fibrina adherida antigua, pero paredes de colon y sigma normales./ Se revisa zona de decolación gotiera izquierda previa sin alteraciones salvo el edema de retroperitoneo./ Revisión de cara anterior rectal con buen color y aspecto. Fibrina adherida en zona de sutura de vagina y de salpingectomías. Ovario izquierdo normal./ Ovario derecho edematoso que en un principio no se identifica bien y que queda muy móvil y con fácil rotación, por lo que se decide su extirpación. Por tanto ooforectomía derecha tras ligadura transfixiva de pedículo vascular./ Revisión de ciego con puntos dados en cirugía previa. Zona engrosada que corresponde probablemente al muñón de apendicectomía antigua. Revisión de colon descendente que es normal./ Lavado muy abundante, con aspiración de todo el líquido residual./ Se deja JP en pelvis que se exterioriza por FID./ Cierre por planos con PDS de 2/0 y monoplus del 1 en continuas./ Se deja penrose en subcutáneo./ Piel seda 2/0./ Contaje de gasas y compresas correctos./ Pieza extirpada: ovario derecho”.

El informe del Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de 25 de octubre de 2023, referido a la decisión intraoperatoria de extirpación del ovario derecho y a la realización de laparotomía, señala que la paciente “reingresa el día 2 de octubre por dolor abdominal y fiebre. Ante la sospecha clínica y por pruebas de imagen de posible absceso/hematoma abscesificado y el empeoramiento analítico a pesar de tratamiento antibiótico empírico se decide realizar laparoscopia exploradora”. Afirma que “se le explica a la paciente y su pareja la situación y se les informa de la intervención, riesgos, complicaciones inherentes a la misma, firmando el consentimiento informado oportuno, en el cual puede leerse” que “si en el momento del acto quirúrgico, por surgir imprevistos o porque tras la inspección laparoscópica cuidadosa se observen condiciones que requieran la reconversión hacia cirugía tradicional

abierta (laparotomía) estoy de acuerdo en que esta se realice, así como que el equipo quirúrgico pueda variar la técnica quirúrgica programada”.

Indica que “ante el cuadro adherencial importante que presenta la paciente fue preciso reconvertir la laparoscopia en cirugía abierta (laparotomía). Dos días más tarde de esta primera intervención, y ante un posoperatorio tórpido y la sospecha en pruebas de imagen de cuadro de peritonitis se solicita valoración por el Servicio de Cirugía General. Son informados la paciente y su pareja” por parte de los facultativos de dicho Servicio de “los hallazgos y de las sospechas clínicas y se les explica la necesidad de reintervención informándoles del alcance de la misma, explicándose la posibilidad, si fuera preciso, de resección intestinal y colostomía, aspectos que constan en el consentimiento informado y en la historia clínica”.

Añade que “en dicha intervención, que precisa una apertura amplia para llevar a cabo una revisión exhaustiva de la cavidad abdominal, se observa el ovario derecho inflamado y con un pedículo vascular largo que podría producirle a la paciente un riesgo de complicación posterior, por lo que se decide extirparlo. No fue precisa ni resección intestinal ni colostomía”, y aclara que “la posibilidad de complicación posterior (torsión ovárica) se encontró intraoperatoriamente; no se conocía con anterioridad”.

Afirma que “la paciente conserva el ovario izquierdo que continuará con su función hasta su agotamiento no alcanzando la menopausia hasta el fin de su funcionalidad”, y que “a la paciente tras el alta se le hace un seguimiento ambulatorio y se le ofrecieron todas las explicaciones que fue solicitando, como aparece en su historia clínica”.

4. Obra incorporado al expediente a continuación un informe pericial elaborado el 4 de enero de 2024 a instancia de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, una en Obstetricia y Ginecología y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él se refleja que “la infección posoperatoria está escrita entre las posibles complicaciones de la histerectomía” y “no está relacionada con técnica

incorrecta”, aclarando que “se emplearon los medios adecuados para realizar un diagnóstico lo más pronto posible y se actuó de forma diligente, llevando a cabo una exploración quirúrgica de la cavidad para identificar y eliminar el foco infeccioso”. Señalan que “la laparoscopia fue reconvertida en laparotomía (cirugía abierta) ante el hallazgo durante la intervención de adherencias firmes a intestinos, que pueden prolongar el tiempo quirúrgico en cirugías subsiguientes y aumentan el riesgo de lesión intestinal durante estas cirugías”. Sostienen que “dicha decisión no se puede considerar, en ningún modo, contraria a la normopraxis sino como una medida de prudencia y excelencia quirúrgica, en un intento de minorar y evitar lesiones inadvertidas primando la seguridad de la paciente”.

Indican que “tuvo que ser nuevamente reintervenida el 5-10-2022 por cirugía abierta ante la sospecha de una peritonitis, que fue confirmada por el cultivo del líquido peritoneal. La reclamación respecto al abordaje laparoscópico de la cirugía previa y reconversión a cirugía abierta carece de ningún fundamento”.

Respecto a la extirpación del ovario derecho, afirman que en la reintervención del 5 de octubre “se objetiva un ovario con cambios edematosos y de fácil rotación”, precisando que “se trata de una mujer de 44 años, y en el quirófano se objetivaron cambios sugestivos de poca viabilidad, lo que justifica la realización de una ooforectomía unilateral”.

Añade, en cuanto a las secuelas, que “la falta de regla se debe a la propia histerectomía” y que “la función ovárica se mantiene por el ovario restante por lo que la menopausia reclamada no es producto de las cirugías practicadas”.

Se concluye que “no existe negligencia, culpa y/o mala praxis en la asistencia prestada”, haciendo referencia a los documentos de consentimiento informado “que la paciente firmó en tiempo y forma”.

5. Mediante oficio notificado a la reclamante el 8 de marzo de 2024, el Instructor del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo

de quince días, adjuntándole una copia de los documentos obrantes en el expediente.

6. Con fecha 29 de marzo de 2024, la interesada presenta un escrito de alegaciones en el que reitera su pretensión inicial, mostrándose disconforme “con las alegaciones vertidas de contrario, las cuales únicamente se basan en un porcentaje de éxito”.

7. El día 9 de abril de 2024, el Instructor del procedimiento suscribe propuesta de resolución en sentido desestimatorio al entender que la asistencia prestada fue correcta y que “consta en la historia clínica que la paciente estuvo siempre informada de las actuaciones a llevar a cabo. La decisión de extirpar el ovario derecho se tomó en el transcurso de la intervención quirúrgica, dado que se encontraba edematoso, muy móvil, con el pedículo vascular largo y facilidad para la rotación, por lo que existía el riesgo de torsión ovárica. Dado que la paciente conserva aún un ovario no existe posibilidad de menopausia precoz”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de mayo de 2024, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del

Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que el derecho a reclamar “prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 14 de septiembre de 2023 y, puesto que la última de las tres intervenciones quirúrgicas que se encuentran en el origen de la misma se practicó el día 5 de octubre de 2022, es claro, al margen de la fecha de estabilización de las secuelas, que se acciona dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder sin más por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SIXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada reclama una indemnización por los daños derivados de lo que considera una mala praxis médica y un déficit informativo que lleva a que sin su conocimiento se le extirpe un ovario y se le practique una cirugía abierta en lugar de una laparoscopia.

Acreditada la efectividad del daño con la documentación médica incorporada al expediente, debemos reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo aparece causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la perjudicada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 277/2023), al servicio público sanitario le compete una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el

paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí

mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En este sentido, y con carácter preliminar, debemos advertir en este momento que la reclamante no ha presentado pericial alguna que avale, desde un punto de vista técnico, sus afirmaciones, que sustenta únicamente en la documentación clínica relativa al proceso de referencia, de modo que nuestro pronunciamiento sólo puede sustentarse en los informes médicos elaborados por la Administración y su compañía aseguradora.

En el supuesto objeto de análisis, la perjudicada asevera haber sufrido “una triple intervención en menos de diez días, con los problemas físicos que ello acarreo y una menopausia precoz derivada de una extirpación de ovario que desde el primer momento se quería evitar”, concluyendo que “no existen razones médicas para haber llevado a cabo esta extirpación ni mucho menos” haberla sometido “a tres intervenciones quirúrgicas”, a lo que añade la falta de prestación de consentimiento informado para la extirpación de un ovario y para la práctica de una laparotomía.

Queda acreditado en el expediente que a la interesada se le efectuaron distintas pruebas que dieron como resultado un diagnóstico de hiperplasia atípica, siendo informada de la idoneidad de someterse a una intervención quirúrgica que se llevaría a cabo mediante laparoscopia, la cual se realizó el día 23 de septiembre de 2022, practicándose una histerectomía total laparoscópica y salpingectomía bilateral por hiperplasia endometrial atípica, con conservación de ambos ovarios por encontrarse en buen estado. Recibe el alta hospitalaria el día 25 de septiembre con expresa indicación de que en caso de dolor, fiebre o sangrado vaginal acuda al Servicio de Urgencias, como así hace el día 2 de

octubre, quedando ingresada ante la sospecha de hematoma de cúpula vaginal sobreinfectado. A las 24 horas del ingreso presenta un empeoramiento clínico y analítico, y el criterio médico lleva a optar por una laparoscopia diagnóstica. A las 48 horas, ante el empeoramiento y el resultado de una nueva prueba de imagen, se sospecha de peritonitis, lo que exige una intervención urgente que ya no se realiza mediante laparoscopia sino mediante laparotomía, constandingo como diagnóstico principal "peritonitis pélvica".

El Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia explica en su informe que "ante el cuadro adherencial importante que presenta la paciente fue preciso reconvertir la laparoscopia en cirugía abierta (laparotomía) (...), y ante un posoperatorio tórpido y la sospecha en pruebas de imagen de cuadro de peritonitis se solicita valoración por el Servicio de Cirugía General. Son informados la paciente y su pareja" por los facultativos de dicho Servicio "de los hallazgos y de las sospechas clínicas y se les explica la necesidad de reintervención, informándoles del alcance de la misma, explicándose la posibilidad, si fuera preciso, de resección intestinal y colostomía, aspectos que constan en el consentimiento informado y en la historia clínica". Añade que "en dicha intervención, que precisa una apertura amplia para llevar a cabo una revisión exhaustiva de la cavidad abdominal, se observa el ovario derecho inflamado y con un pedículo vascular largo que podría producirle (...) un riesgo de complicación posterior, por lo que se decide extirparlo. No fue precisa ni resección intestinal ni colostomía".

A la luz de lo expuesto, la interesada reprocha, en primer lugar, la innecesariedad de someterse a tres intervenciones quirúrgicas, de cuya práctica parece deducir una mala praxis sin soporte pericial alguno que lo sustente. Sin embargo, del conjunto de la documental obrante en el expediente, que comprende la aportada por ella, se deduce justificadamente que el criterio clínico seguido fue correcto. Obvia la paciente que las operaciones se llevan a cabo para abordar su mala evolución posquirúrgica, y que siendo adecuada la primera cirugía, y exitosa en cuanto a que se desarrolló sin incidencias, un hematoma en la cúpula vaginal es una complicación derivada de aquella sin que medie mala

praxis. Ante el empeoramiento se opta por el control del estado de la enferma, la antibioterapia y diversas pruebas que van evidenciando sospechas, frente a las que se actúa de manera prudente, en un principio mediante laparoscopia de diagnóstico y valoración y posteriormente, ante la sospecha de peritonitis, se decide la intervención urgente en la que se llevan a cabo diferentes actuaciones médicas que han de ser analizadas.

Aclarado que el conjunto de actuaciones sanitarias fueron las indicadas según la evolución clínica de su patología, cambiante, sin que las operaciones deban valorarse sin tener en cuenta las pruebas diagnósticas y el tratamiento no quirúrgico desplegado, debemos abordar la práctica de la tercera cirugía, en la que destacan dos cuestiones: la apertura del abdomen (laparotomía en lugar de laparoscopia, como la paciente esperaba) y la extirpación de un ovario.

Aunque la interesada parece haber asumido que las distintas intervenciones se llevarían a cabo mediante el sistema elegido en la primera de ellas, laparoscopia, la decisión médica de hacer uso de una laparotomía resulta acorde a las guías clínicas y a la situación quirúrgica de sospecha de peritonitis. Al respecto, el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia explica en su informe que "ante el cuadro adherencial importante que presenta la paciente fue preciso reconvertir la laparoscopia en cirugía abierta (laparotomía) (...), y ante un posoperatorio tórpido y la sospecha en pruebas de imagen de cuadro de peritonitis se solicita valoración por el Servicio de Cirugía General. Son informados la paciente y su pareja" por los facultativos de dicho Servicio "de los hallazgos y de las sospechas clínicas y se les explica la necesidad de reintervención, informándoles del alcance de la misma, explicándose la posibilidad, si fuera preciso, de resección intestinal y colostomía, aspectos que constan en el consentimiento informado y en la historia clínica". Nada opone ni acredita de contrario la reclamante acerca de esta decisión.

Cuestión distinta es la valoración que, a la luz de la información clínica obrante en el expediente, debemos hacer sobre la necesidad de extirpación de un ovario. No existe discrepancia acerca de que hasta el momento en que se abre el abdomen de la paciente en el quirófano en la tercera cirugía todos los

informes clínicos señalaban que el estado de los ovarios era normal. Es evidente que a la enferma se le explica antes de la primera operación, no sólo que no es necesario extirpar los ovarios, sino que en su caso resulta más conveniente no hacerlo. Y es esa primera información la que justifica los temores que refleja la reclamación presentada por la paciente ante la sorpresiva extirpación de un ovario cuando se somete a una operación por la sospecha de una peritonitis, al margen de que al tratarse de un ovario y no de los dos el informe emitido por la compañía aseguradora de la Administración se centre en concluir que la reclamante se equivoca al alegar menopausia precoz. Al efecto resulta concluyente, no lo recogido en la propuesta de resolución -que sigue la citada pericial-, sino lo afirmado por el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Valle del Nalón al informar sobre la decisión intraoperatoria de la extirpación del ovario derecho, donde aclara que "en dicha intervención, que precisa una apertura amplia para llevar a cabo una revisión exhaustiva de la cavidad abdominal, se observa el ovario derecho inflamado y con un pedículo vascular largo que podría producirle a la paciente un riesgo de complicación posterior, por lo que se decide extirparlo", añadiendo que "la posibilidad de complicación posterior (torsión ovárica) se encontró intraoperatoriamente; no se conocía con anterioridad".

Dicho de otro modo, el Servicio actuante reconoce que la extirpación del ovario derecho en una paciente a la que previamente se había informado de que en su estado y situación lo conveniente era su conservación se realiza de manera preventiva, para evitar un "riesgo de complicación posterior", que podría o no materializarse en una torsión ovárica. La torsión ovárica, molestias o dolor aparte, supondría que el ovario quedase sin riego, resultando inútil; perspectiva ante la cual y por escasa viabilidad se opta en el quirófano, y sin consultar a la afectada, durante el abordaje de una peritonitis, entre cuyas posibles consecuencias no figura la extirpación ovárica, por dicha solución. No se duda de la adecuación en abstracto de la extirpación de un ovario con riesgo de torsión desde el punto de vista quirúrgico, pero en concreto ha supuesto una vulneración al derecho a la autonomía de la voluntad de la paciente.

En este punto debemos abordar la última de las cuestiones planteadas por la interesada, la ausencia de consentimiento informado.

Como hemos recordado recientemente en el Dictamen Núm. 68/2024, y respecto a la dimensión constitucional del derecho infringido, el Tribunal Constitucional ha señalado en la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo -ECLI:ES:TC:2011:37-, que “se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas”, y que para que “esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto, pueda ejercerse con plena libertad es imprescindible que el paciente cuente con la información médica adecuada sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos”.

En el plano normativo debemos citar 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 recoge el respeto a la autonomía de la voluntad y el derecho del paciente a decidir entre las opciones clínicas disponibles, incluyendo la de no ser tratado, como principios orientadores en materia de información clínica. El artículo 3 de la referida ley define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. El artículo 4 aborda el derecho a la información asistencial, señalando el artículo 8 que “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso (...). El consentimiento será verbal por regla general./ Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención

quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (...). El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos (...). El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”.

El artículo 10 de dicha norma fija las condiciones de la información y consentimiento por escrito, indicando la información básica que debe proporcionarse al paciente antes de recabar su consentimiento escrito, documento que la ley impone obligatoriamente en el supuesto de intervención quirúrgica.

Tal y como concluye la Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de septiembre de 2020 -ECLI:ES:TS:2020:3106- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª), “de la regulación normativa sobre el consentimiento informado en la asistencia sanitaria (...) pueden extraerse las siguientes conclusiones:/ Previamente a una intervención quirúrgica, el paciente debe ser informado de lo determinado en el artículo 10 (...). Es decir, el paciente, antes de ser intervenido, debe ser informado de las consecuencias, riesgos personales y probables y las contraindicaciones, información verbal que luego determinará la firma por el paciente del consentimiento informado, consentimiento que se firma tras ser informado verbalmente, y que no puede significar que toda la información verbal se traslade al escrito (...). Son las dos caras de una misma moneda: El paciente a intervenir no puede ser considerado un robot sobre el que se va a actuar en un quirófano, sino una persona cuya `dignidad y respeto a la autonomía de su voluntad´ (...) constituyen principios básicos de una actuación clínica. Y la otra cara de esa misma moneda es el documento escrito firmado, que no puede considerarse su existencia como un instrumento exoneratorio de toda responsabilidad asistencial. Lo realmente trascendente es que el paciente

conozca las ventajas y los inconvenientes de la intervención quirúrgica, y que tampoco entienda la misma como una actuación que forzosamente ha de concluir en éxito”.

La sentencia mencionada aclara que la jurisprudencia ha evolucionado “desde una postura que reputaba el defecto o la omisión del consentimiento informado como constitutivo, en sí mismo, de un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención y por tanto indemnizable independientemente y en todo caso, hacia otra postura que afirma como `regla o principio que la mera falta o ausencia de aquél no es indemnizable si no concurre el elemento de la relación causal entre el acto médico y el daño constatado´”. En este sentido, y como ya ha tenido ocasión de manifestar en ocasiones precedentes este Consejo (entre otras, Dictamen Núm. 287/2013), “el Tribunal Supremo ha señalado con reiteración que la omisión del consentimiento previo informado supone, en sí misma, una `mala praxis *ad hoc*´, y, en estos casos, la responsabilidad `se produce con absoluta independencia de la existencia o no de mala praxis en el acto médico (...), puesto que basta la existencia del daño derivado del mismo cuando falta el consentimiento informado´ (Sentencia de 14 de diciembre de 2005, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª, con cita de las Sentencias de la misma Sala y Sección de 26 de marzo de 2002 y de 9 de marzo de 2005)”.

En el supuesto objeto de análisis nuevamente debemos diferenciar entre la información referida a la extirpación del ovario y la relativa a la técnica quirúrgica. Pero previamente hemos de reparar en que en el expediente remitido a este órgano consultivo solamente figura un documento de consentimiento informado firmado por la paciente y la médica interviniente con fecha de 3 de octubre de 2022 sobre la anestesia general, y que es aportado por la reclamante. La Administración acompaña varios formularios de documento de consentimiento informado referidos a la anestesia general, “intervención urgente: abdomen agudo puede precisar colostomía”, transfusión de hemoderivados, laparoscopia ginecológica, tomografía axial computarizada, histerectomía e histeroscopia diagnóstica, sin que ninguno de ellos aparezca

firmado, y además el referido a la anestesia general no coincide con el aportado por la paciente.

Ahora bien, cabe diferenciar la firma del documento, exigible en las intervenciones quirúrgicas, de la información que debe recibir previamente la enferma. En este caso, en la historia clínica consta que el día 3 de octubre de 2022 “se explica a la paciente situación y necesidad de realizar laparoscopia diagnóstica para valoración de cavidad abdominal, no objetivando colección pélvica”, sin que se mencione explicación alguna en relación con la intervención del día 5. En las notas de progreso (observaciones de enfermería) el día 3 de octubre la enfermera deja constancia de que va “a la habitación a informar a la paciente, comprende lo que le explico”, y el día 5 que “explico a paciente y marido la necesidad de intervención, así como la posibilidad de resección intestinal y/o colostomía. Entienden y aceptan. Firman consentimiento”. Sobre el último inciso, cabe destacar que se refiere en plural a una firma que es individual, y que no consta la realidad de la misma en el expediente administrativo.

Frente a ello la reclamante señala, al describir lo sucedido el día 5 de octubre, que “sin informarme previa intervención quirúrgica, o incluso sin informar a mi pareja en tanto en cuanto mi estado de salud no me permitía tener todas las facultades disponibles, y sin consentimiento informado firmado por mi parte, tras entrar en el quirófano deciden extirparme el ovario derecho contradiciendo todo aquello que hasta el momento me habían aconsejado los médicos./ A mayor abundamiento, y sin conocimiento previo, contraviniendo las manifestaciones expuestas ya en septiembre, la intervención fue realizada abriendo el abdomen y no por laparoscopia, como me habían confirmado que se iba a realizar. Consecuencia de ello es una cicatriz de más de 20 centímetros que abarca todo el abdomen”. La perjudicada no niega haber recibido ningún tipo de información, pero evidencia su convencimiento, con base en la que se le proporciona, de que el método quirúrgico no incluiría una cirugía abierta y de que no le sería extirpado un ovario.

En este punto ha de diferenciarse entre la falta de información en cuanto a la práctica de laparotomía, que se justifica clínicamente pero que exigía brindar información precisa y comprensible a la paciente, y la firma del documento de consentimiento informado, salvo por causa de urgencia vital, y la determinación autónoma por parte del personal sanitario de extirpar un ovario al ver su estado; actuación que no quedaría cubierta por los documentos de consentimiento informado referidos a la cirugía llevada a cabo si se hubieran firmado. En este caso, el proceso previo permitió a la paciente alcanzar el convencimiento de que era mejor para su salud conservar ambos ovarios que se encontraban en buen estado, y la detección de un riesgo futuro no permitía al personal sanitario suplantar su autonomía y decidir por ella. Apreciación que se hace sin perjuicio de que, desde el punto de vista médico, la decisión tomada sea defendible por alta probabilidad de torsión y para evitar lo que, de darse, conllevaría una cuarta intervención quirúrgica. Nada de ello priva, no obstante, a la paciente de su derecho a decidir.

En suma, ha quedado acreditado que la enferma sufre un empeoramiento posquirúrgico que obliga a realizar dos nuevas cirugías, la primera para detectar una posible infección mediante laparoscopia, y la segunda para abordar con carácter urgente una peritonitis, lo que determina que se abandone dicho método quirúrgico aplicando una apertura en el abdomen, sin que conste el debido consentimiento informado, aprovechándose esta última operación para extirpar un ovario ante el riesgo futuro de torsión, vulnerando así el derecho de la paciente a conocer y decidir sobre las actuaciones que afecten a su salud. Por tanto, de la documentación obrante en el expediente no se puede deducir, aunque existan indicios de cierta información verbal, que la paciente fuera consciente del método quirúrgico que se iba a emplear, de por qué se cambia -plenamente justificado- el mismo o de sus consecuencias, y menos aún de la posibilidad de que le extirparan un ovario, todo lo cual conlleva que la reclamación deba prosperar.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, así como el carácter antijurídico de este, procede valorar la cuantía de la indemnización solicitada sobre la base de los daños y perjuicios efectivamente acreditados.

A tales efectos la reclamante se limita a señalar un tanto alzado que cifra en 30.000 €, enumerando una serie de daños sin desglosar y de manera genérica (como “menopausia precoz”, que no prueba; “falta de habilidad médica”, que no concurre; “días impeditivos”; insistencia en que no eran necesarias tres intervenciones, habiendo quedado demostrado lo contrario, y daños morales, admisibles por falta de consentimiento informado).

Por su parte, y dado el sentido desestimatorio de la propuesta de resolución, la Administración no ha practicado ningún acto de instrucción tendente a la comprobación de los daños alegados, y tampoco ha analizado la valoración efectuada por la interesada.

Este Consejo, aplicando a estos efectos el criterio seguido por el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias en las Sentencias de 17 de noviembre de 2020 -ECLI:ES:TSJAS:2020:2937- y 22 de julio de 2021 -ECLI:ES:TSJAS:2021:2590- (ambas de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª) y 22 de julio de 2022 -ECLI:ES:TSJAS:2022:2420- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª), para supuestos en los que el consentimiento informado omite o refleja con inexactitud riesgos identificados por la literatura médica en los que el daño indemnizable, de naturaleza estrictamente moral, no es consecuencia de una defectuosa práctica médica sino de un déficit informativo, consideramos apropiado acudir a un prudente arbitrio para fijar la compensación procedente (por todos, Dictámenes Núm. 240/2022 y 113/2023).

En atención a las circunstancias del caso, en el que no consta que la interesada firmara los documentos de consentimiento informado pero sí que la información que se le ofrece le genera la convicción de que va a conservar sus ovarios y de que ello es lo mejor en su caso concreto en atención a su edad, así como que todas las intervenciones se podían hacer mediante laparoscopia (el

cambio en el quirófano una vez iniciada la intervención hubiera quedado amparado por el documento de consentimiento informado si hubiera tenido la oportunidad de leerlo y firmarlo), y amparándose en que la paciente podía haberse negado a la extirpación del ovario con carácter preventivo de haber tenido la ocasión (no así la opción de apertura del abdomen en el estado clínico en el que se encontraba), se estima adecuado reconocer a la reclamante una indemnización de 8.000 € ante la vulneración sustancial de su derecho a la autonomía de la voluntad.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en la cantidad de 8.000 €.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.