

Expediente Núm. 348/2006
Dictamen Núm. 78/2007

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
Fernández García, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 21 de junio de 2007, con asistencia de los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 19 de diciembre de 2006, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don y doña, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de lo que califican de inadecuada asistencia médica recibida en la red sanitaria pública.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de abril de 2006, se presenta en el Registro General de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don y doña, por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia médica prestada al primero en la red sanitaria pública.

Inician su escrito relatando haber acudido el “día 25 de octubre de 2004, (...) de urgencias al Centro de Salud de (en adelante CS) (...). En el parte

de la consulta dice acerca del motivo de la misma (...) dolor en miembro inferior izquierdo, agudo, con frialdad y claudicación, también sensación de no sentir bien. En la exploración define que le palpa mal los pulsos, miembro frío y dolor generalizado. La impresión diagnóstica fue (...) trombosis venosa profunda (...). El día 27 de octubre de 2004, (...), fue atendido de urgencia en su domicilio por el médico de guardia del CS (...). En la exploración observa frialdad en la pierna afecta aunque laten pulsos. La impresión diagnóstica fue flebitis???”.

Añaden, respecto de este informe que “no coincide con lo que verbalmente el médico manifestó a la esposa del enfermo en su domicilio y esto fue: que se trataba de un trombo sin duda y que de no acudir con la mayor celeridad al Hospital existía peligro de desplazamiento (...). Al paciente se le derivó a Urgencias del Hospital para pruebas complementarias. En dicho centro (...) la impresión diagnóstica fue: 1) Masa hueco plopíteo probable hematoma antiguo. 2) Flebitis. 3) Contractura tibial anterior. El tratamiento seguir con antiinflamatorio. Control evolutivo y de tto. por su médico de cabecera”.

Continúan relatando que el día “31 de octubre de 2004 acude de nuevo al CS ante la persistencia del dolor en la pierna izquierda. La exploración concluye importantes varices en parte interna de la rodilla, eritema, dolor a la palpación en parte antero-externa de pierna. Homans neg. Pulso pedio débil. Frialdad de dedos. La impresión diagnóstica es: ¿flebitis? (...). El 1 de noviembre de 2004, vuelve a ser atendido el paciente en el CS ante la persistencia del dolor (...). Se le pauta observación (...). Revisión en 24 horas, valorar solicitar cita a Cirugía Vascular./ El día 2 de noviembre de 2004, nuevamente atendido por el CS, continua la frialdad en los dedos, el dolor a la palpación (...). Con fecha 3 de noviembre de 2004 nuevamente acude al CS ante el dolor insoportable de donde es enviado a Urgencias del Hospital, resultando el diagnóstico tendinitis planta de pie izquierdo (...). Verbalmente el facultativo que le atiende le dice que se trata de un nervio pinzado”.

Señalan a continuación que “el 6 de noviembre de 2004, el paciente es

visitado en su domicilio tras aviso al CS, refiriendo que esa noche comenzó con dolor fuerte en antepié izquierdo (...). Atendido en el Hospital, es posteriormente derivado, ante la insistencia familiar, al Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital 'X', donde permanecerá ingresado (...) desde el mismo día 6-11-2004 hasta el día 18-11-2004. El informe de alta refiere (...): `se trata, por tanto, de un paciente con historia de claudicación previa, acude por un cuadro de comienzo brusco y evolución subaguda, motivo por el cual se realiza arteriografía a la vista del cual el paciente es intervenido quirúrgicamente, realizándose un by pass fémoro poplíteoa tercera porción en MII, y observando un aneurisma poplíteo trombosado´. El diagnóstico principal fue `isquemia crónica grado III MII´”.

Tras lo anterior, refieren que el día “27 de marzo de 2005 el paciente vuelve a ingresar en el Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital 'X' donde permanece hasta el día 3 de mayo de 2005 (...). La evolución y comentarios que constan en el informe de alta son los siguientes: (...) ingresa por trombosis subaguda de by-pass fémoro poplíteo previo en m. inferior izdo. Se realiza de forma preferente una fibrinólisis intraarterial (...), después de la fibrinólisis presentó complicación (...). Después de los 5 días de la fibrinólisis presentó un nuevo episodio de dolor y frialdad, objetivándose la obstrucción del by-pass por arteriografía iniciándose de nuevo fibrinólisis. (...) a los 4 días se produjo de nuevo la retrombosis del by-pass y además empezaron a aparecer necrosis en 4º y 5º dedo de pie izdo. Ante la amenaza inminente de la extremidad con fecha 15 del 04 del 05 se realizó by-pass desde femoral común a peronea proximal con prótesis (...) (y) el día 20 del 04 05 una amputación transfalángica proximal del 4º y 5º dedos de pie izdo. Las heridas quirúrgicas han cicatrizado de forma correcta, siendo el paciente dado de alta en el día de la fecha”.

Añaden que “el día 11 de noviembre de 2005 de nuevo es ingresado en el Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital 'X' hasta el día 23-11-2005. Siendo el motivo del ingreso: `isquemia crónica grado III MIII por probable trombosis de by pass´ (...). Se realiza eco doppler, confirmando la trombosis del by pass; durante el ingreso, el paciente permanece clínicamente estable, sin dolor, con

pie bien compensado, decidiéndose alta con tratamiento médico'. Diagnóstico principal: `trombosis de by pass MII´".

Continúan relatando que "el 2 de diciembre de 2005 se le vuelve a ingresar en Cirugía Vascular del Hospital 'X' hasta el día 13 de diciembre de 2005 por dolor de reposo nocturno en el pie izquierdo y parestesias, conservando motilidad y sensibilidad (...). El diagnóstico principal fue `isquemia crónica grado III MII por trombosis ya conocida de by pass fémoro peroneo´".

Refieren que "el día 21 de febrero de 2006 ingresa en el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital 'X' permaneciendo hasta el día 7 de marzo de 2006 al objeto de practicarle una `amputación supracondílea´ (...). `El 22.02.06 se realiza la amputación de muslo izquierdo presentando buena evolución posoperatoria siendo alta el día de la fecha. Presenta molestias compatible con miembro fantasma iniciando medicación para ello´. El diagnóstico principal: `isquemia crónica grado IV MII irreversible´. El diagnóstico principal de la intervención por la que se le amputó el muslo izquierdo fue `trombosis de by-pass sin opción de revascularización´".

Finalmente, indican que "en la actualidad el paciente acude a diario al Servicio de Rehabilitación del Hospital 'X'. Con el transcurso del tiempo el proyecto es colocarle una prótesis sustitutiva del miembro amputado".

Tras el relato efectuado, refieren haber descrito "la historia clínica conforme a la documentación que se ha podido recopilar de los diversos centros (...), (que) sin embargo, no es completa. El curso descriptivo facilitado por el Centro de Salud de comienza el día 31 de octubre de 2004, cuando la documentación aportada se remonta al día 25 inmediatamente anterior, es más, el día 3 de noviembre de 2004 el paciente ingresa por Urgencias en el Hospital porque lo deriva un facultativo del Centro de Salud, sin que tal circunstancia conste. Pero es que desde el día 26 de octubre hasta el día 6 de noviembre el paciente fue atendido ante la persistencia del dolor por los médicos de Atención Primaria prácticamente a diario y algunos días hasta en más de una ocasión, sin embargo en el Centro de Salud no quedó constancia. La explicación de la Coordinadora Médica, ante la queja del paciente de que el

historial estaba incompleto fue que: ` si algo falta es porque los facultativos que lo asistieron en ese momento no hicieron las anotaciones pertinentes´. Siendo que la familia del paciente todas las veces que fue asistido previamente llamó o bien al 112 o bien al número de teléfono del CS (...) interesa se facilite el número de llamadas y fechas de las mismas realizadas en el indicado periodo desde el teléfono particular a los indicados públicos teniendo por objeto la atención (del reclamante), porque las mismas acreditarán lo que la carencia de informes oculta”.

Añaden, pues, que “desde el día 25 de octubre de 2004 hasta el día de la fecha no ha habido sino una progresión de su cuadro vascular y un deterioro de su situación hemodinámica Finalizada del modo más traumático e irreversible con la pérdida del miembro inferior izquierdo y cuya duración, en cuanto a rehabilitación y adaptación a la futura prótesis, en este momento no puede determinarse”. Señala asimismo “la incapacitación para sus ocupaciones habituales y la repercusión funcional en la vida personal y de relación para el compareciente (...), alteración de la vida y convivencia de la familia (...) derivada de cuanto antecede. Su dependencia ha sido total (...) para consultas, traslados, medicación, cuidados, ánimos, pues evidentemente los momentos de desesperación fueron y son frecuentes, higiene... Además (...) imposibilidad del compareciente para realizar determinadas actividades que hasta el momento de su enfermedad venía desarrollando. Es padre de un hijo (...), de veintiséis años de edad, oligofrénico con retraso mental, con coeficiente intelectual inferior al 0,50 con quien convive junto a su esposa. La situación del hijo hace que el mismo precise la ayuda de sus padres para todas las actividades cotidianas de la vida diaria: alimentarse, asearse, vestirse... esto unido a su envergadura física y edad determinaban que el padre fuera la figura central en todos los cuidados del hijo. A lo que había y hay que añadir que su esposa tiene un grado de minusvalía reconocido del 73% debido a carencia de visión en un ojo, osteoartrosis degenerativa, depresión recurrente y venas varicosas, lo que evidentemente limita extraordinariamente su capacidad física y psíquica. Por tanto, la alteración ha sido no sustancial sino total”.

Tras el relato de los hechos, consideran que “existe una relación causa-efecto entre la asistencia sanitaria prestada y el resultado finalmente producido. Ha de partirse de que en el Hospital no existe Servicio de Cirugía Vascolar, dato que ni el enfermo, ni su familia conocieron hasta la última vez (que) acudieron a dicho centro por el motivo que nos ocupa. Siendo la propia esposa quien solicitó se le remitiera al conocido comúnmente como Hospital ‘X’(...). Habiendo pasado trece días desde que el paciente fue atendido por primera vez, en la noche del día 25 de octubre (...), hasta el día 6 de noviembre en que fue remitido al Hospital ‘X’ (...), el paciente con su familia pasó por un auténtico calvario entre su domicilio, el centro de salud, el Hospital, domicilio, centro de salud y vuelta a empezar. Así durante cerca de dos semanas, en que era notorio para cualquier observador ajeno no ya la respuesta negativa al tratamiento sino el agravamiento (...). Cuando ingresa en el Hospital ‘X’ el día 6 de noviembre presentaba (...) nada nuevo respecto de lo que reiteradamente venía siendo una constante en la situación del paciente desde casi dos semanas atrás, con la salvedad de las nefastas consecuencias derivadas de los quince días de sufrimiento pasado con la consiguiente repercusión física”.

Por lo expuesto, “consideran que desde el inicio los signos eran lo suficientemente graves, inequívocos y persistentes, con una aparición brusca como para haber motivado, dado que el Hospital carecía del Servicio especializado exigido por la naturaleza de la dolencia, el Vascolar, la derivación inmediata, una vez comprobada aquélla, al Hospital ‘X’. No someter al paciente a trasiegos continuos durante cerca de dos semanas entre su domicilio el CS y el Hospital, estando tratado la mayor parte del tiempo por médicos de Atención Primaria, como se ha acreditado, que evidentemente, su propio nombre lo indica, no son especialistas. Pero es que ni cuando acudía al Hospital le atendían especialistas, sencillamente porque no los hay al no existir el Servicio./ En los casi primeros quince días de aparición de la enfermedad (...) no lo examinó ni un solo especialista vascolar. Ello a pesar de que en fecha 1-11-2004 en el curso descriptivo facilitado por el CS consta: `valorar solicitar cta. a Cirugía Vascolar´./ A mayor abundamiento, se trataba de un ex fumador,

hipertenso y con varices, lo que incrementaba el riesgo y justificaría aún en mayor grado la remisión inmediata a dicho Servicio. Pero no se hizo. Llegando incluso, en ocasiones, a hacer sentir culpable al propio compareciente de las constantes asistencias a Urgencias con alusiones a su probable escasa capacidad de sufrimiento y mucha de queja. Sólo se le envía, como se ha dicho, cuando su esposa, una vez conoció que el Hospital no tenía Servicio de Cirugía Vasculuar, lo exige. Cuando llega a este Servicio las condiciones determinan la realización de un by-pass y en adelante, sin solución de continuidad como se ha descrito, todo ha sido un episodio tras otro de trombosis, colocación de by-pass, amputación de dedos (los mismos dedos doloridos y fríos del principio) para culminar en el episodio que esperamos final de amputación de la pierna. Con la consiguiente rehabilitación, en la que nos hallamos, a la espera de la colocación de una prótesis”.

En relación con la evaluación económica de la responsabilidad patrimonial, tras señalar que “la cuantía de las indemnizaciones se ha determinado conforme a lo previsto en el R.D. Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, según su última actualización realizada por Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 24 de enero de 2006”, solicitan, se reconozca el “derecho (de don) a una indemnización de 240.000 euros (doscientos cuarenta mil euros) y a su esposa doña de 100.000 euros (cien mil euros), más los intereses de ambas cantidades desde la fecha de la reclamación”.

Asimismo solicitan “la unión al expediente como prueba del informe, parte o cualquiera que sea la denominación del facultativo del CS que atendió a don (...) el día 3 de noviembre de 2004 y lo derivó a Urgencias del Hospital Igualmente la unión como prueba de todos los informes o partes de los médicos del CS que atendieron a don (...) entre los día 26 de octubre y 6 de noviembre de 2004, ambos inclusive, (de) los que no hay constancia en la documentación aportada. En todo caso, deberá unirse el registro de llamadas o avisos al teléfono 112 o a los números del centro de salud (...) entre las fechas mencionadas cuyo objeto fue solicitar atención médica para el referido

paciente”.

Adjunto a su escrito aportan, los siguientes documentos:

a) Parte de Urgencias del CS, de fecha 25 de octubre de 2004. Como impresión diagnóstica refiere “TVP?” (trombosis venosa profunda?), y dentro del apartado relativo al tratamiento “se deriva para descartar cuadro trombótico”.

b) Parte de Urgencias del CS, de fecha 27 de octubre de 2004. En el mismo consta “derivo (...) para pruebas complementarias”.

c) Informe de Urgencias del Hospital, de fecha 27 de octubre de 2004. Dentro del apartado “datos complementarios” se recoge: Rx abdomen: eco doppler. No TOP. Masa hueco poplíteo probable hematoma antiguo”. Como impresión diagnóstica recoge: “1) Masa hueco poplíteo probable hematoma antiguo. 2) Flebitis. 3) Contractura tibial anterior” y como tratamiento refiere “control evolutivo y de tto. por su médico de cabecera”.

d) Curso descriptivo, elaborado por el CS.

e) Informe de Urgencias del Hospital, de fecha 3 de noviembre de 2004, en el que figura como diagnóstico “tendinitis planta de pie izquierdo” y como tratamiento “control por su médico”.

f) Parte de consulta y hospitalización del Centro de Salud, de fecha 6 de noviembre de 2004, por el que se deriva al paciente a Urgencias ante la sospecha de isquemia aguda.

g) Informe de Urgencias del Hospital, de fecha 6 de noviembre de 2004. Dentro del apartado “impresión diagnóstica y comentarios” refiere que “se remite a Cir. Vascolar para valoración y tratamiento”.

h) Informe de alta del Servicio de Cirugía Vascolar del Hospital “X”. Consta como fecha de ingreso el 6 de noviembre de 2004 y como fecha de alta el día 18 del mismo mes.

i) Informe del Servicio de Cirugía Vascolar del Hospital “X”. Como fecha de ingreso consta el día 27 de marzo de 2005 y de alta el día 3 de mayo de 2005.

j) Informe del Servicio de Cirugía Vascolar del Hospital “X”, con fecha de

ingreso el día 11 de noviembre de 2005 y alta el día 23 del mismo mes.

k) Informe de Cirugía Vascul ar del Hospital "X" , con ingreso el día 2 de diciembre de 2005 hasta el alta otorgada el día 13 de diciembre de 2005.

l) Informe del Servicio de Cirugía Vascul ar del Hospital "X", con ingreso el día 21 de febrero de 2006 y alta el día 7 de marzo de 2006.

m) Escrito de la Coordinadora Médica del CS, de fecha 27 de marzo de 2006. Señala que "no es posible alterar el curso clínico descriptivo de un paciente".

n) Informes técnicos de reconocimiento de la minusvalía a la que se encuentran afectos el hijo y la esposa del perjudicado.

2. Mediante escrito de 18 de mayo de 2006, notificado el día 25, el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica a los interesados la fecha de entrada de su reclamación en el Principado de Asturias y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará en dicho Servicio.

3. Mediante oficios de fecha 22 de mayo de 2006, el instructor designado al efecto solicita a la Dirección Gerencia del Hospital y a la Secretaría General del Hospital "X" la remisión de copia de la historia clínica del paciente.

4. Con fecha 5 de junio de 2006, la Gerencia del Hospital remite copia de la historia clínica del paciente y del parte del seguro de responsabilidad sanitaria.

De dicha historia clínica, destacan, entre otros, los siguientes documentos: 1) Informe de Urgencias del Hospital, de fecha 27 de octubre de 2004. 2) Informe de Urgencias del Hospital, de fecha 3 de noviembre de 2004. 3) Informe de Urgencias del Hospital, de fecha 6 de noviembre de 2004.

5. Sin que conste la fecha, se une al expediente de responsabilidad patrimonial en tramitación copia de la historia clínica del paciente obrante en el Hospital

"X".

De dicha historia, destacan, entre otros: 1) Informe de alta del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital "X". Consta como fecha de ingreso el 6 de noviembre de 2004 y como fecha de alta el día 18 del mismo mes. En el apartado "evolución y comentarios" se indica que "se trata por tanto de un paciente con historia de claudicación previa, acude por un cuadro de comienzo brusco y evolución subaguda, motivo por el cual se realiza arteriografía a la vista del cual el paciente es intervenido quirúrgicamente, realizándose un by pass fémoro poplíteo a tercera porción en MII, y observando un aneurisma poplíteo trombosado". El diagnóstico principal fue "isquemia crónica grado III MII". 2) Informe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital 'X', en el que consta como fecha de ingreso el día 27 de marzo de 2005 y de alta el día 3 de mayo de 2005. 3) Informe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital 'X', en el que se refleja como fecha de ingreso el día 11 de noviembre de 2005 y de alta el día 23 del mismo mes. 4) Informe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital 'X', con ingreso del día 2 de diciembre de 2005 hasta el alta otorgada el día 13 de diciembre de 2005. 5) Informe del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital 'X', con fecha de ingreso del día 21 de febrero de 2006 y de alta el día 7 de marzo de 2006. Como procedimiento quirúrgico consta "amputación muslo izquierdo". La evolución y comentarios son descritos del siguiente modo: "paciente de 70 años con múltiples procedimientos de revascularización en MII actualmente con isquemia crónica grado IV irreversible que ingresa para realización de amputación supracondilea. El 22.02.06 se realiza la amputación de muslo izquierdo presentando buena evolución posoperatoria siendo alta el día de la fecha. Presenta molestias compatibles con miembro fantasma iniciando medicación para ello". El diagnóstico principal es de "isquemia crónica grado IV MII irreversible". El diagnóstico principal de la intervención por la que se le amputó el muslo izquierdo fue "trombosis de by-pass sin opción de revascularización".

6. Mediante oficio de fecha 12 de junio de 2006, el Secretario General del Hospital 'X' remite a la Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias un informe del Servicio de Cirugía Vasculat II, de 6 de mayo del mismo año, y una copia de la historia clínica del paciente obrante en dicho Servicio. Asimismo solicita se remita una copia de la reclamación interpuesta con el fin de dar parte a la compañía de seguros.

Dicho informe refleja que se trata de un "paciente conocido de nuestro Servicio desde noviembre de 2004 (...). Ingresó en esa fecha por primera vez, con el diagnóstico de isquemia sub-aguda de miembro inferior izq. por trombosis de aneurisma poplíteo en dicha extremidad./ Después de diversos intentos de restablecimiento del flujo (revascularización) de dicha extremidad, acaba realizándose amputación de muslo izq. en febrero de 2006, por isquemia irreversible./ Tiene cita en consulta ambulatoria para el próximo día 14 de septiembre, para vigilar la evolución y seguimiento de la extremidad contralateral".

Añade que "parece que la clínica con la que se inicia el proceso es una clínica de isquemia subaguda de la extremidad inferior izq./ Se trata de un caso de trombosis de un aneurisma poplíteo, cuya evolución ha sido desfavorable pese a los diversos intentos de revascularización de la extremidad (...) bibliografía actualizada que incluye los resultados de las experiencias más importantes del mundo (...) sobre dicha patología (...) refieren altos porcentajes de pérdida de extremidad (amputación) que oscilan entre 21 y 39%, constituyendo el principal marcador pronóstico el hecho de que el aneurisma esté simplemente sintomático y mayor aún si presenta un cuadro isquémico grave, como es el presente caso".

Adjunto a su informe aporta el de alta del paciente en el referido Servicio de Cirugía Vasculat desde noviembre de 2004, así como la bibliografía médica en que funda el contenido de su informe.

7. Con fecha 13 de junio de 2006, tiene entrada en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias oficio de la Gerencia del Hospital por el

que se remite copia del parte de reclamación del seguro de responsabilidad sanitaria, informe de la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas de las llamadas recibidas en el SAMU relacionadas con la solicitud de atención sanitaria para dicho paciente y relación de asistencias realizadas por los facultativos del CS.

Según el informe de la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas, de 25 de mayo de 2006, relativo a las llamadas recibidas en el SAMU, constan las efectuadas los días 25 de octubre de 2004, a las 22:33 horas; el día 27 del mismo mes, a las 15:40 horas, y, finalmente, el día 31 de octubre de 2004, a las 10:38 horas.

En la hoja del curso descriptivo de la enfermedad del paciente, elaborada por el CeS, figura la relación de asistencias prestadas por los facultativos de dicho centro al interesado.

8. Con fecha 16 de junio de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación en el que, tras recoger los antecedentes del caso y realizar diversas consideraciones médicas, analiza la actuación de la Administración sanitaria, concluyendo que "1. Cuando el reclamante acudió la primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital por dolor en la cara antero-externa, lo hizo dos días después de ser derivado al mismo desde su centro de salud con sospecha de trombosis venosa profunda. No presentaba clínica ni hallazgos exploratorios de patología arterial. Los estudios practicados descartaron la existencia de trombosis venosa profunda y por supuesto de un aneurisma. Como único hallazgo destacaba la elevación del dímero D que, por sí solo, en ausencia de otros datos, carece de significación./ 2. Cuando una semana más tarde (03-11-2002) el reclamante volvió al hospital, la exploración, además de la conocida insuficiencia venosa crónica, ponía de manifiesto dolor a la palpación del flexor del primer dedo y a la extensión forzada del mismo, que orientaron el diagnóstico hacia una tendinitis plantar./ 3. Sólo cuando fue valorado por tercera vez en el Servicio de Urgencias del Hospital se pudieron evidenciar

signos claros de isquemia aguda en el miembro inferior izquierdo, adoptando la actitud que correspondía: la de derivar al reclamante a un servicio especializado de Cirugía Vasculor, opción que ya con anterioridad había barajado su médico de Atención Primaria./ 4. Una vez ingresado en el Servicio de Cirugía Vasculor, probablemente por la presencia de distintos factores de riesgo, la evolución del cuadro isquémico fue bastante tórpida, requiriendo diversas intervenciones quirúrgicas de corte conservador para restaurar el aporte vascular. Finalmente, constatada la irreversibilidad de la situación, hubo que optar por la amputación del miembro./ 5. La supuesta dilación en el diagnóstico alegado por el reclamante no ha sido causante del desenlace final. No hubo, a la vista de lo comentado, un retraso diagnóstico apreciable. No puede pretenderse, por tanto, invocar en este caso una pérdida de oportunidad imputable a la Administración sanitaria”.

Concluye proponiendo que se desestime la reclamación dado que la actuación de los distintos profesionales que han intervenido en la asistencia sanitaria del reclamante “ha sido correcta y ajustada a la lex artis. No hubo tal retraso en el diagnóstico porque en cuanto se tuvo la certeza de que el reclamante padecía un cuadro isquémico, producto de un aneurisma poplíteo hasta entonces asintomático, fue derivado al servicio especializado correspondiente (...). El lamentable desenlace final no es consecuencia del pretendido retraso diagnóstico sino de una patología de evolución tórpida y refractaria a los procedimientos quirúrgicos efectuados para restaurar el aporte vascular, y a la presencia de distintos factores de riesgo en el reclamante”.

9. Con fecha 20 de junio de 2006, se remite copia de lo actuado a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y a la correeduría de seguros.

10. El día 16 de agosto de 2006 se emite informe por una asesoría médica externa, suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna, constanding en la propuesta de resolución que ha sido realizado a instancias de

la compañía aseguradora. En él, después de relatar los antecedentes del caso, que en nada difieren de los recogidos en el informe técnico de evaluación, se contienen diversas consideraciones médicas sobre aspectos técnicos concurrentes en el caso y, en particular, los signos y síntomas para el diagnóstico de isquemia. Señala que “aunque el paciente fue inicialmente diagnosticado de posible flebitis y sólo (...) diez días después del comienzo de los síntomas se hizo el diagnóstico de isquemia distal, ésta fue una actuación correcta ya que el enfermo tenía pulso pedio y, en su presencia, no se puede hacer el diagnóstico de isquemia con dolor de reposo. Sólo cuando dejó de palpase el pulso pedio se pudo sospechar la isquemia y se derivó al paciente al Servicio de Cirugía Vascular./ En este sentido hay que decir que la derivación para consulta al especialista se hizo cuando se sospechó la posibilidad de isquemia, al dejar de palpase el pulso pedio. Antes no existía ninguna razón para enviar al enfermo al cirujano vascular ya que no se sospechaba la existencia de ningún problema que necesitase potencialmente la cirugía vascular./ Por último (...), hay que resaltar que el retraso en el diagnóstico no tuvo (...) ninguna repercusión en la evolución ya que tras la intervención (by-pass) el problema se solucionó, lo mismo que si se hubiese intervenido diez días antes. Pero es más, antes de la desaparición del pulso pedio la actitud hubiese sido expectante para ver la evolución y el enfermo no habría sido intervenido hasta que se produjo la obstrucción completa de la arteria poplítea”.

De todo ello, extrae el informante las siguientes conclusiones: “1. El paciente sufrió una trombosis de un aneurisma de arteria poplítea izquierda que dio lugar a una obstrucción de la arteria con isquemia distal./ 2. La isquemia se solucionó con un by-pass que meses después se trombosó y fue necesario poner otro by-pass más largo que también se trombosó y finalmente (15 meses después) fue necesaria la amputación a nivel de muslo izquierdo./ 3. La amputación es el final de la evolución de casi la mitad de los aneurismas poplíteos trombosados./ 4. La actuación médica en este caso fue correcta y acorde a lex artis ad hoc ya que inicialmente existía pulso pedio, por lo que el dolor de reposo no se podía atribuir a isquemia./ 5. Aunque el diagnóstico se

hubiese hecho antes, el resultado hubiese sido el mismo./ 6. La amputación no ha sido consecuencia del retraso inicial en el diagnóstico si no de la mala evolución del proceso por la gravedad de la arterioesclerosis que el enfermo padecía”.

11. Mediante escrito de 16 de octubre de 2006, notificado al interesado el día 19 del mismo mes, se le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente por un plazo de quince días, adjuntando una relación de los documentos obrantes en él.

El día 26 de octubre de 2006, quien figura como representante legal de los interesados se persona en las dependencias de la Administración y obtiene una copia de todo el expediente que, en ese momento, se compone de doscientos treinta y cinco (235) folios, según consta en diligencia incorporada al efecto. Adjunta copia de escritura de poder general para pleitos otorgada a su favor por los interesados, así como una copia de su documento nacional de identidad.

12. Mediante escrito de fecha 6 de noviembre de 2006, formulan los interesados alegaciones en las que muestran su disconformidad con los distintos informes técnicos incorporados al expediente, entendiendo que la actuación de los profesionales sanitarios no fue acorde a “la lex artis ad hoc”.

Tras dar por reproducido el contenido del escrito inicial, realizan una serie de consideraciones respecto de los aneurismas poplíteos. Entre otras, refieren que “a) los aneurismas poplíteos son los más frecuentes (...) en patología arterial; b) el sexo de los enfermos es en proporción abrumadoramente mayoritaria el masculino (...); c) la edad en que se presenta de ordinario es entre 60-79 años; d) los factores de riesgo son el tabaquismo y la hipertensión arterial; e) figura como patología asociada la cardiopatía; f) es fundamental iniciar un tratamiento precoz dado el elevado porcentaje de complicaciones a que dan lugar (...); g) el diagnóstico precoz es clave para mejorar los resultados (...); h) cuando se palpa cuidadosamente un hueco

poplíteo para explorar la arteria, siempre debe sospecharse que estamos ante un posible aneurisma; i) el método de diagnóstico más aceptado es el realizado mediante doppler color”, considerando que “fueron datos elementales que pasaron desapercibidos para los facultativos que atendieron (al reclamante) desde el día 25 de octubre hasta el 6 de noviembre del año 2004”.

Continúan su escrito relatando que “el perjudicado (...) es evidentemente un varón que contaba con 69 años cuando fue atendido por primera vez, tanto en el CS como en el Hospital, hipertenso y ex fumador. Por tanto, existían unos datos objetivos a priori que (...) deberían conducirle en unión de las dolencias inequívocas que presentaba a un diagnóstico correcto o (...) a derivarle con premura inicialmente al Hospital ‘X’ puesto que en el Hospital no había Servicio de Cirugía Vascular. Sin embargo, no se hizo. Durante ¡12 días! el paciente estuvo penosamente peregrinando entre el CS y el Hospital (...). Con unos diagnósticos llenos de interrogantes y de probabilidades”.

Añaden que “un peligro de esta lesión es que curse asintomática o con escasas molestias (...). Pero éste no fue el caso. El paciente (...), acudió con prontitud y repetidamente al médico (...). No obstante, no supieron explorarle y valorar los datos de forma adecuada, lo que habría llevado a un correcto diagnóstico (...). Cuando el día 6 de noviembre de 2004 por fin fue derivado al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital ‘X’ presentaba una isquemia subaguda en MII”.

Refieren a continuación que “de los informes médicos (...) se pretende concluir que la enfermedad fue asintomática (...) y (...) que aunque el diagnóstico se hubiera hecho antes el resultado hubiera sido el mismo (...). Conclusiones que en modo alguno puede compartir el (...) reclamante (...). La enfermedad no apareció el día 6 de noviembre de 2004, cuando el paciente tiene contacto por primera vez con el Servicio de Cirugía Vascular del Hospital ‘X’, sino el 25 de octubre de 2004. Así consta en el primer informe de aquel Servicio: (...) `ingresa por presentar isquemia subaguda en MII´(...). Quince días antes del ingreso refiere cuadro de comienzo brusco de dolor, frialdad en MII”. Añade que “desde la primera asistencia al Hospital y antes al CS el

paciente presentaba signos alarmantes, llamadas de atención que interpretadas adecuadamente hubieran conducido a otro final (...). Dice el informe (...) "el lamentable desenlace final no es consecuencia del pretendido retraso diagnóstico sino de una patología de evolución tórpida y refractaria a los procedimientos quirúrgicos efectuados para restaurar el aporte vascular, y a la presencia de distintos factores de riesgo en el reclamante". En cuanto a los factores de riesgo, los mismos existían cuando el enfermo fue tratado de urgencia tanto por el CS como por el Hospital, sin que hubieran servido de advertencia adecuada para que en atención a los mismos se le hubiera o diagnosticado correctamente o derivado al Servicio de Cirugía Vascular (...). Por lo que hace a la "evolución tórpida y refractaria..." (...), siendo la principal complicación del aneurisma de arteria poplítea la isquemia aguda por trombosis del aneurisma y de sus ramas distales, de ahí la importancia de un diagnóstico e intervención precoces, con la que se obtienen resultados muy diferentes a los dejados a su evolución espontánea. Es evidente que la situación del paciente a fecha 6-11-2004 no era la misma que a fecha 25-10-2004, su grado de deterioro no era el mismo. La atención que recibió por primera vez en aquella fecha del Servicio de Cirugía Vascular debería retrotraerse, si tal cosa fuera posible, al inicio de la enfermedad, pues todo retraso no hace sino complicar el proceso. No produciéndose tal estado de cosas no porque no hubiera suficientes datos externos constatados por el Servicio de Urgencias del Hospital para haber llegado a un diagnóstico correcto sino meramente porque no se puso en relación unos con otros para alcanzarlo".

Finalizan su escrito solicitando sea estimada su reclamación.

Adjuntan: a) Informe técnico realizado por un médico especialista en Medicina Legal y Forense. En él, tras relatar los antecedentes del paciente, se señalan las siguientes consideraciones: "En primer lugar hemos de decir que (...) ha existido una falta de actuación de acuerdo a la lex artis ad hoc (...). La consideración médico legal anterior la basamos en que ha existido una dilación importante desde que el paciente acude a su médico de APD y al Hospital hasta que es remitido al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital 'X' que es

donde tenía que haber sido enviado inicialmente, cuando (se) inició la patología dolorosa de la extremidad inferior izquierda y requirió con carácter urgente a su médico de cabecera (...). Ello lo basamos en que desde el punto de vista médico legal en la exploración realizada inicialmente por su médico de familia no ha sido completa, ya que dicha exploración para el diagnóstico se basa en que el signo de Homans era negativo; siendo no fiable como se recoge por el Dr. Sigler Morales quien en su libro de trombosis venosa profunda dice que éste no siempre es confiable ya que puede estar ausente en presencia de trombosis venosa profunda y presente en otras múltiples patologías. Pero es que además no se hace referencia a que se haya realizado la exploración del signo Olor, de Pratt, de Peabody y de Loewenberg. Exploraciones que pueden realizarse tanto a nivel ambulatorio como domiciliario, ya que consiste en la exploración física variable de la extremidad inferior del paciente. Incluso el signo de Loewenberg puede realizarse con un manguito de la tensión donde se aprecia que en condiciones normales no se tiene dolor por encima de 180 mm de mercurio y sin embargo en estos pacientes se despierta mucho dolor entre 60-150 (...). Por otro lado destacar que el diagnóstico de flebitis al que le siguen ????, según el médico de guardia del centro de salud, además de dudararlo puesto que pone 4 interrogaciones, hemos de añadir que la clínica de una flebitis no guarda relación con lo manifestado por el paciente (...). Insistimos en que ha existido un ir y venir del centro de salud al Hospital innecesario por falta de una exploración adecuada y un diagnóstico inicialmente erróneo./ Lógicamente difícilmente se puede poner un tratamiento adecuado como es el clásico de la trombosis venosa con o sin tromboembolia pulmonar asociada con eparina y posterior anticoagulación oral de 3 a 6 meses si se desconoce el diagnóstico (...). Con respecto a las trombosis venosas profundas, está demostrado que la localización más frecuente es el hueco poplíteo (...). Con respecto al hecho de que en el Hospital se diga que no existe trombosis venosa profunda y que es un hematoma antiguo con la realización del eco doppler diremos que de acuerdo al profesor Sánchez Juares del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, la técnica depende de la experiencia personal

del evaluador y está sujeta a una gran variabilidad entre varios observadores distintos. Empleándose para detectar trombos procedentes de las venas poplíteas o situadas por encima de éstas, pero tiene escasa fiabilidad para las venas más distales (...). Las indicaciones para diagnosticar un aneurisma son las siguientes: (...) ecografía duplex, angiografía con resonancia magnética, arteriografía de contraste, tomografía computada (...). Según el Dr. Tobón Acosta el método de diagnóstico más aceptado actualmente para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda es el ultrasonido doppler color, el cual tiene alta sensibilidad y especificidad en trombosis proximales (...). Pero es que además queremos llamar la atención de que en el Hospital, donde no existe Cirugía Vasculuar se hace referencia a insuficiencia venosa crónica y contractura de músculo tibial anterior; diagnosticándose el 23-11-04 de tendinitis de planta del pie izquierdo. Es decir que se está haciendo referencia a signos por separado que se manifiestan en la patología de la trombosis venosa profunda, pero sin llegar al diagnóstico de dicha patología para ser remitido a un Servicio de Cirugía Vasculuar (...). En resumen, desde el punto de vista médico legal y forense insistimos en que ha existido una dilación en el diagnóstico y tratamiento inadecuado del paciente, estando de acuerdo con el demandante en que el resultado final que origina la amputación de su extremidad inferior izquierda, se debe al sistema organizativo de la Seguridad Social”.

13. Con fecha 22 de noviembre de 2006, el Jefe del Servicio instructor formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, razonando que “en el presente caso la actuación médica (...) fue correcta y acorde con la *lex artis ad hoc* ya que inicialmente existía pulso pedio, por lo que el dolor en reposo no se podía atribuir a la isquemia. No hubo retraso en el diagnóstico porque en cuanto se tuvo la certeza de que el reclamante padecía un cuadro isquémico, producto de un aneurisma poplíteo hasta entonces sin síntomas evidentes, fue derivado al servicio especializado correspondiente. Pero aun en el supuesto de que el diagnóstico se hubiese hecho antes el resultado hubiese sido el mismo,

ya que la amputación es el final de la evolución de casi la mitad de los aneurismas poplíteos trombosados”.

Entiende, pues que el “lamentable desenlace final -la amputación- no ha sido consecuencia del pretendido retraso inicial en el diagnóstico sino de la mala evolución del proceso, por la gravedad de la arteriosclerosis que el enfermo padecía, y que fue la última solución al no haber dado resultado los diferentes intentos de revascularización efectuados”, por lo que propone desestimar la reclamación interpuesta.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de diciembre de 2006, registrado de entrada el día 21 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 establecido 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, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo dispuesto 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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del

Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está el reclamante activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Sin embargo, no resulta fehacientemente acreditada en el expediente la condición legal de la reclamante como esposa del perjudicado. Nuestro ordenamiento no establece un trámite para la subsanación de los defectos relativos a la acreditación de la legitimación, semejante al establecido en el artículo 32 de la LRJPAC para la representación. No obstante, aunque la Administración actuante no ha cuestionado en ningún momento dicha relación conyugal, o una relación de convivencia *more uxorio* o unión de hecho que pueda asimilarse a aquélla, si en la resolución que ponga fin a este procedimiento se apreciara la concurrencia de los requisitos que permiten declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, no cabría una estimación de la reclamación sin que previamente, por el procedimiento oportuno, se verifique dicha legitimación. Observación ésta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 procedimiento ahora examinado, la reclamación se presenta en el Registro General de entrada de la Administración del Principado de Asturias con fecha 28 de abril de 2006, constando en el expediente como fecha de alta hospitalaria del último de los

daños a que se refiere -amputación del muslo izquierdo- el día 7 de marzo de 2006, por lo que estando el interesado, incluso, pendiente de rehabilitación, es claro que el derecho se ejerció dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

No obstante, se observa que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo dispuesto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se les notifica la fecha de recepción de su solicitud y la incoación del procedimiento, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado los extremos requeridos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo.

En el procedimiento se advierte, además, la omisión de actos expresos de instrucción, tales como la resolución de apertura del preceptivo periodo de prueba y la determinación de su plazo, así como, en lo que a la práctica de pruebas se refiere, que no se ha realizado una de las propuestas por los interesados, sin que conste la preceptiva resolución motivada del instructor, en

los términos de lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, se ha de matizar que, a pesar de la solicitud formulada por los interesados en su escrito de reclamación inicial, respecto de la documental consistente en la unión al expediente como prueba del informe de “parte o cualquiera que sea la denominación del facultativo del CS que (le) atendió (...) el día 3 de noviembre de 2004 y lo derivó a Urgencias del Hospital”, lo cierto es que, concedido trámite de audiencia y presentado escrito de alegaciones, los interesados no formularon propuesta alguna al respecto. Además, dado el contenido de la propuesta de resolución formulada, no se aprecian razones para suponer que en el caso de que se hubiera incorporado la referida prueba se habría modificado el resultado final de la misma. Por esta razón y en aplicación del principio constitucional de eficacia administrativa, no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones cuando, de subsanarse el defecto, es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución.

Por último, observamos que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 4 de mayo de 2006, se concluye que, a la fecha de recepción de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 21 de diciembre de 2006, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. Ello no impide, no obstante, la resolución del procedimiento, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites de audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución, pero no el fundamental de incorporación de informe de los servicios afectados, en los términos que exige el artículo 10 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, cuyo apartado 1, párrafo segundo, dispone que “En todo caso, se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”. Ciertamente, figura en el expediente un informe del

Servicio de Cirugía Vasculat II del Hospital "X", así como otro de la Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas del Hospital relativo a las llamadas recibidas en el SAMU y relación de las asistencias realizadas por los facultativos del CS, pero no consta informe del Servicio de Urgencias del Hospital ni, en su caso, del CS en relación con la atención sanitaria prestada al paciente en los mismos, siendo como son, aquéllos frente a los que formulan los interesados su pretensión indemnizatoria. Tal ausencia obedece a que el instructor lo único que solicita a la Dirección Gerencia del Hospital es una copia de de la historia clínica del paciente, sin hacer mención al referido informe.

Este Consejo, como ya ha señalado en dictámenes precedentes (Núm. 44/2006 y 131/2006, entre otros), no considera jurídicamente correcto el criterio, que parece mantener el órgano instructor, de que el trámite de emisión de informe del servicio o servicios implicados en la reclamación queda cumplido con la incorporación de los informes evacuados por ellos durante el proceso sanitario asistencial y, por tanto, con anterioridad al inicio del procedimiento de responsabilidad patrimonial. El artículo 10.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial demanda la elaboración de un informe posterior a la presentación de la reclamación, que no puede suplirse por la información que sobre el proceso asistencial consta en el historial clínico respectivo, ya que ello impide conocer la versión que el servicio implicado pueda tener sobre datos y consideraciones que consten en la reclamación planteada.

En el presente caso, los informes remitidos por la Dirección Gerencia del Hospital no son los que aquel Reglamento requiere, porque, como hemos señalado, forman parte de la historia clínica del paciente y tienen fecha anterior a la presentación de la reclamación, y los que se envían bajo la expresa denominación de "informes" responden, en realidad, a la prueba solicitada por los interesados, careciendo del contenido a que se refiere el mencionado artículo 10.1 del Reglamento. Tal omisión constituye un defecto formal insalvable, puesto que, como hemos indicado, no se han incorporado los informes de los servicios "cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta

lesión indemnizable”, lo que impide cualquier consideración sobre el fondo del asunto. Informes que, con carácter previo a su remisión a este Consejo, habrán de ser sometidos al trámite de audiencia, incorporando al expediente las alegaciones que pudieran formularse tras su vista.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no es posible, en el estado actual del procedimiento, un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada y que, por ello, debe retrotraerse el procedimiento a fin de cumplimentar cuanto queda expuesto en el cuerpo de este dictamen.”

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.