

Expediente Núm. 244/2009

Dictamen Núm. 106/2010

**V O C A L E S :**

*Fernández Pérez, Bernardo,*  
Presidente  
*Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda*  
*Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis*  
*Fernández Noval, Fernando Ramón*  
*Jiménez Blanco, Pilar*

Secretario General:  
*García Gallo, José Manuel*

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 22 de abril de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 2 de abril de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro vinculado a la red hospitalaria pública mediante convenio singular.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 31 de julio de 2008, la interesada presenta en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital “X”.

Refiere que, “tras ser diagnosticada en reiteradas ocasiones de dorsalgia”, acude el día 13 de noviembre de 2006 al Servicio de Urgencias del Hospital “X”, donde es ingresada “al serle detectado un linfoma de no Hodgkin

mediastínico (...), dándole el alta 8 días después, concretamente, el día 21 de noviembre de 2006, por curación o mejoría”, a pesar de haber comunicado al facultativo que la atendía que “sentía un fuerte hormigueo en sus piernas, acompañado de pérdida de fuerza” y haber solicitado permanecer en el hospital. Sigue relatando que, al día siguiente de recibir el alta, “acudió (...) al Hospital “Y”, aquejada de paraparesia por compresión medular, con riesgo vital (...), ingresando en el Servicio de Oncología”, donde precisa “tratamiento de quimioterapia”, así como “ayuda y supervisión permanente para todas las actividades básicas de la vida”.

Añade que recibió tratamiento en el Servicio de Rehabilitación hasta el 21 de noviembre de 2007, fecha en la que se emite un informe en el que se indica que “la paciente fue diagnosticada de linfoma de Hodgkin en noviembre de 2006, compresión medular D3-D6 y mediastino con paraparesia, que mejoró con tratamiento de quimioterapia, sufriendo, asimismo, atrapamiento de nervios medianos en túnel del carpo con mayor sintomatología en la mano derecha, siguiendo controles en Oncología del (Hospital “Y”) y Traumatología del Hospital “Z”, con tratamiento de rehabilitación” en este último.

Concluye que “tras más de un (...) año de constantes dolores y sometimiento a quimioterapia y terapia psicológica (...), fue dada de alta con unas gravísimas secuelas”, que juzga directamente imputables al comportamiento (del facultativo encargado de su atención en el Hospital “X”) y, por extensión, al Hospital “X” y al Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

Solicita una indemnización por importe de cuatrocientos cincuenta y siete mil ochocientos cincuenta y nueve euros con un céntimo (457.859,01 €).

Adjunta copia de los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital “X”, de fecha 21 de noviembre de 2006. b) Informes del Área de Urgencias del mismo hospital, de fechas 10 y 12 de noviembre de 2006. c) Informe del Servicio de Oncología Médica del Hospital “Y”, de 4 de diciembre de 2006. d) Informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de este último hospital, de 21 de noviembre de 2007. e) Resolución de la Directora Provincial de Asturias del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 19 de abril de 2007, por la que se le concede una pensión

de incapacidad permanente en el grado de gran invalidez. f) Resolución de la Consejera de Bienestar Social, de 24 de septiembre de 2007, por la que se le reconoce un grado de minusvalía del 67%.

**2.** Con fecha 16 de agosto de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la reclamante la fecha de recepción de su reclamación en el Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

**3.** Mediante escrito de 8 de agosto de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital "X" una copia de la historia clínica de la perjudicada, así como un informe del Servicio implicado y una certificación de la vinculación de los facultativos intervinientes con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**4.** Con fecha 29 de agosto de 2008, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica de la perjudicada, una certificación en la que se recoge que los facultativos intervinientes no tienen vinculación alguna con el Servicio de Salud del Principado de Asturias y el informe emitido por el Servicio de Medicina Interna.

En el informe, suscrito por el facultativo que atendió a la paciente con fecha 22 de agosto de 2008, se refiere que "se llevó a cabo la realización y aplicación de los estudios y protocolos indicados en el diagnóstico y tratamiento (...) de una masa mediastínica, y que llevaron al diagnóstico de linfoma no Hodgkin". Se siguió el proceder de todos los procesos oncológicos del hospital y, "dada la (...) gravedad del linfoma, y con el fin de adelantar el proceso, se solicita por vía telefónica (...) cita para la realización de toracotomía en el único Servicio que lo realiza en Asturias, el (...) de Cirugía Torácica del (Hospital "Y"), quedando citada para el día 27 de noviembre, es decir, 6 días después del alta". Añade que "de acuerdo con la paciente y su familia, es dada de alta a su domicilio a la espera del día en que debe acudir" a aquel hospital. En los

últimos días de ingreso refiere dolor en espalda, que ya viene presentando desde hace meses, justificado por la presencia de la masa mediastínica (...). Además, refirió hormigueos en piernas, sin alteraciones de la marcha, con exploración neurológica de miembros inferiores sin alteraciones sensitivas ni de reflejos y con TAC de tórax en el que no se aprecia afectación medular espinal, por lo que fueron interpretados (y manifestados por la paciente) como de origen ansioso, dado que en esos días se le había informado de la severidad de la enfermedad y de la necesidad de cirugía y quimioterapia posterior". Tales síntomas no impidieron paseos por la planta durante el ingreso y permitieron que se fuera de alta por su propio pie". Concluye el informe que "dos días después, según consta en informes del (Hospital "Y") aportados en la reclamación, ingresa en ese centro hospitalario con síntomas de medular, no acudiendo al Servicio de Urgencias ni comunicando a ningún médico de nuestro Servicio el empeoramiento grave y brusco producido".

**5.** El día 9 de septiembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias solicita al Servicio de Documentación Clínica del Hospital "Y" copia del informe de alta de la perjudicada tras la asistencia recibida en los Servicios de Oncología Médica y de Cirugía Torácica.

Obra incorporada al expediente el referido informe de alta, suscrito por un Médico del Servicio de Oncología Médica el día 29 de diciembre de 2006, en el que se refleja que la perjudicada, "no conocida previamente del Servicio (...), ingresa de urgencia ante compresión medular, con sospecha mediante PAAF de linfoma no Hodgkin (...). Durante el ingreso se pautaron 3 ciclos (...) de quimioterapia". Al alta, el día 29 de diciembre de 2006, "continúa incapacitada para la marcha, precisando silla de ruedas para la deambulaci3n, manteniendo un buen estado general, por lo que se decide seguimiento y tratamiento ambulatorio" y queda pendiente "de realizar rehabilitaci3n de la marcha".

**6.** Con fecha 17 de septiembre de 2008, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluaci3n. En él señala que la interesada "basa fundamentalmente su reclamaci3n en el

hecho de que los hormigueos que sentía no fueron adecuadamente valorados en el Hospital "X". Efectivamente el curso clínico y el informe elaborado recogen que la paciente refirió hormigueos en piernas, sin alteraciones de la marcha, con exploración neurológica de miembros inferiores normal, sin alteraciones sensitivas ni de reflejos y con TAC de tórax en el que no se aprecia afectación medular espinal, por lo que fueron interpretados de etiología ansiosa. Tales síntomas no impidieron a la paciente poder dar paseos por la planta durante el ingreso y le permitieron irse de alta por su propio pie", por lo que no hicieron sospechar "una compresión medular; sospecha que, de haberse producido, obviamente hubiese sido motivo para no darle el alta hospitalaria en espera de su reingreso" en el Hospital "Y". Añade que, "al día siguiente, al diagnosticarse la compresión medular se inició el tratamiento adecuado en el Servicio de Oncología de este centro", por lo que, "con independencia de que la paciente haya sido dada de alta temporalmente el día 21 de noviembre de 2006, el día 23 se le estaba proporcionando el tratamiento que precisaba. No existe, por tanto, relación causal entre la valoración del alcance de los hormigueos que padecía y las secuelas que padece, debidas exclusivamente al desarrollo de la enfermedad".

**7.** Mediante escritos de 17 de septiembre de 2008, se remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

**8.** Con fecha 18 de septiembre de 2008, se da traslado del informe técnico de evaluación a la Gerencia del Hospital "X" y se le concede un plazo de 10 días para que efectúe las alegaciones que estime pertinentes y proponga los medios de prueba que considere oportunos.

**9.** El día 19 de septiembre de 2008, el Secretario General del Hospital "Y" remite al Servicio instructor el informe de los Servicios de Oncología Médica y de Medicina Física y Rehabilitación que figuran en la historia clínica de la

perjudicada, manifestando que no consta ninguno del Servicio de Cirugía Torácica.

**10.** Mediante escrito notificado a la reclamante el día 6 de febrero de 2009, se le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y se le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 26 de febrero de 2009, se persona esta en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel compuesto en ese momento por ciento un (101) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

**11.** Con fecha 4 de marzo de 2009, la reclamante presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifica en los extremos expuestos en su reclamación su escrito inicial.

**12.** El día 11 de marzo de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, incorporando a la misma la argumentación contenida en el informe técnico de evaluación.

**13.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 2 de abril de 2009, registrado de entrada el día 6 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 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 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 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 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.

En cuanto a la legitimación pasiva, consideramos que el Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario, que en el presente caso ha sido prestado por un centro asistencial con el que se ha suscrito un convenio singular para la atención de determinados usuarios del Sistema Nacional de Salud; siempre sin perjuicio de la repetición de los costes a que, en su caso, deba hacer frente ante el titular del centro directamente causante de ellos por el procedimiento legal que corresponda. En el caso ahora examinado, aun cuando no se ha afirmado expresamente ni se ha documentado, cabe deducir que la atención prestada a la reclamante lo ha sido en tanto que beneficiaria del sistema sanitario público y que los servicios prestados se encuentran incluidos en el convenio singular aludido. Por ello, a la vista del escrito presentado por la perjudicada, resulta correcta la tramitación del oportuno procedimiento de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC.

**TERCERA.-** En cuanto al plazo de prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 31 de julio de 2008, y si bien la asistencia sanitaria recibida por la reclamante y sobre la que se formula la presente reclamación se atribuye a un error en el diagnóstico con ocasión de su ingreso en el Hospital "X" entre el 13 y el 21 de noviembre de 2006, en que fue dada de alta en el citado centro, la determinación de las secuelas tiene lugar el día 21 de noviembre de 2007, momento en el que es dada de alta por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital "Y", por lo que debemos entender que ha sido formulada 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.

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

No obstante se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no



impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

**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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 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.

**SEXTA.-** Funda la reclamante su pretensión indemnizatoria en el anormal funcionamiento de la Administración sanitaria, al sostener que un error diagnóstico propició que no se la sometiera a las pruebas oportunas dada la sintomatología que presentaba, lo que habría supuesto un retraso en el tratamiento de la enfermedad que padecía, con el consiguiente alargamiento del periodo de rehabilitación.

La realidad de la enfermedad, su tratamiento y las secuelas que para la reclamante suponen ha sido acreditada y, dejando ahora al margen la cuantificación o valoración económica que, en su caso, deba efectuarse, cabe presumir que ha sufrido un daño que reúne los elementos necesarios para legitimar el ejercicio de la acción de reclamación de responsabilidad patrimonial que se materializa en el presente asunto.

Probada la existencia de unos daños reales, efectivos, individualizados y evaluables económicamente, debemos analizar si aquellos se encuentran causalmente unidos al funcionamiento del servicio público sanitario y si han de juzgarse antijurídicos.

No obstante, antes de efectuar cualquier consideración en relación con el supuesto objeto de consulta, hemos de recordar, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, que el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente 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 un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica y sanitaria 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 obtención de resultados concretos.

Por tanto, para 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 -ciencia o arte médica- 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 se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del tratamiento médico del paciente, sin que ello comporte el derecho de este a que se le garantice un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas disponibles en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Sentado lo anterior, y pese a que le incumbe la carga de la prueba de las imputaciones que realiza, la reclamante no ha desarrollado actividad probatoria alguna en relación con el nexo causal, limitándose a fundamentar su reclamación en afirmaciones tales como "la existencia de una prestación irregular, por tardía y deficiente del servicio sanitario" y que, "en efecto, el funcionamiento ha sido anómalo, negligente y contrario a las más elementales reglas que rigen la *lex artis*", alegaciones carentes del necesario respaldo documental probatorio. En consecuencia, este Consejo Consultivo debe formar su juicio en cuanto al respeto de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada a la perjudicada sobre la base de la documentación que obra en el expediente, la cual no ha sido discutida por la interesada en el trámite de vista y audiencia del expediente.

El argumento fundamental y único sobre el que la reclamante trata de fijar el nexo causal entre la asistencia recibida y las negativas consecuencias para su salud, y sobre el que basa su pretensión indemnizatoria, no es otro que una supuesta falta de atención por parte de los facultativos del Hospital "X" a la sintomatología que en forma de hormigueo en las piernas se le presentó el día 19 de noviembre, esto es, dos días antes de ser dada de alta en el citado centro, sin que, según sus manifestaciones, se le realizara prueba diagnóstica alguna al respecto, anudando en una relación de causa a efecto tales síntomas -hormigueo en las piernas- con la compresión medular que el día 22 de noviembre motivó su ingreso en el Hospital "Y". Hemos de señalar nuevamente que tal afirmación (relación de causa-efecto entre el hormigueo en las piernas y la compresión medular) se encuentra desprovista del más elemental soporte probatorio documental, en forma de dictamen pericial, que permita a este Consejo formarse el necesario juicio razonado en orden a su valoración y posible consideración. Frente a esta alegación de la reclamante, se desprende de la documentación que obra en el expediente que el hormigueo sí fue objeto de valoración por parte de los profesionales que la atendieron, ya que, como se señala en el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital "X", de 22 de agosto de 2008, en términos que no han sido desvirtuados en el trámite de audiencia, la interesada "refirió hormigueos en piernas, sin alteraciones de la marcha, con exploración neurológica de miembros inferiores sin alteraciones sensitivas ni de reflejos y con TAC de tórax en el que no se aprecia afectación medular espinal, por lo que fueron interpretados (y manifestados por la paciente) como de origen ansioso, dado que en esos días se le había informado de la severidad de la enfermedad y de la necesidad de cirugía y quimioterapia posterior. Tales síntomas no impidieron paseos por la planta durante el ingreso y permitieron que se fuera de alta por su propio pie".

Así las cosas, y tal y como se señala en la propuesta de resolución con base en el informe técnico de evaluación, "no existe (...) relación causal entre la valoración del alcance de los hormigueos que padecía y las secuelas que padece, debidas exclusivamente al desarrollo de la enfermedad". Es más, el

TAC realizado “en la misma semana no mostraba afectación medular y el resto de clínica que presentaba orientaba a otra etiología diferente”.

En consecuencia, a la luz de los hechos acreditados documentalmente y de los informes emitidos en el curso del presente procedimiento no ha quedado demostrada, a juicio de este Consejo, una mala práctica médica del servicio público sanitario, por lo que no cabe estimar la responsabilidad patrimonial que se pretende, toda vez que la asistencia prestada por el Hospital “X” fue adecuada a los síntomas que en cada momento manifestaba la enferma, lo que nos impide apreciar la concurrencia de nexo causal entre las secuelas que presenta y el servicio público sanitario y nos exime de realizar cualquier otra consideración acerca de la cuantía indemnizatoria demandada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por .....

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.