

Expediente Núm. 305/2011  
Dictamen Núm. 102/2012

**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 28 de marzo de 2012, 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 19 de diciembre de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por ....., por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** Con fecha 16 de diciembre de 2010, una procuradora, en nombre y representación de los interesados, presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por “los daños y perjuicios causados con motivo de la defectuosa y negligente asistencia médica” prestada a su hijo.

Refieren que su hijo, “de 30 años de edad (...), padecía un trastorno bipolar de larga duración y (...) acudió al Servicio de Urgencias” hospitalario el 25 de junio de 2010 “con un grave cuadro depresivo y sintomatología psicótica”, momento en que “se le corrige/ajusta (...) la medicación y se le envía para casa pese a la gravedad que presentaba su estado, y sin un examen a conciencia de su patología, lo que revela una mala praxis médica que conduce a su fallecimiento”. Al día siguiente el enfermo se autointoxica, con resultado de muerte.

Relatan su paso por otros centros de salud mental y hospitales, deduciendo que debió valorarse en esta urgencia “el riesgo que presentaba el paciente, que le indicó expresamente a la médico que lo examinó sus ideas autolíticas”. También se reseña que la psiquiatra que le atiende de urgencia anota “paciente con antecedentes de tres ingresos por TBP con descompensaciones maniacas..., actualmente describe clínica depresiva con ideas de muerte”.

Añaden que “el SAMU poco puede hacer por la vida del paciente” y que “en la propia historia clínica se determina por el SAMU la existencia de una patología psiquiátrica grave que no es atendida correctamente menos de 24 horas antes (...), pese a las ideas autolíticas que constan en la historia”, por lo que se considera que debió aplicarse un “régimen de internamiento (...) evitando así el riesgo de suicidio”.

Cuantifican el daño sufrido en ciento seis mil quinientos cincuenta y seis euros con 84 céntimos (106.556,84 €), en aplicación del baremo que rige para los accidentes de circulación.

Adjuntan a su reclamación una copia de los siguientes documentos: a) Informes médicos de anteriores episodios depresivos, figurando en el primero de ellos, fechado el 2 de septiembre de 2009, “antecedentes de abuso de cocaína esnifada y abuso de alcohol, THC y LSD hace años./ Episodio maniforme con síntomas psicóticos en contexto de consumo de ‘noni’ (planta indonesia”;

documentándose en otro librado en Ibiza en mayo de 2005, “paciente traído por

el 061 (...) tras una semana de haber estado en la Isla en condiciones de indigencia (...). Antecedentes familiares, el padre diagnosticado de trastorno bipolar, madre con diagnóstico de distimia./ Un ingreso en Barcelona en abril de 2009, con diagnóstico de trastorno bipolar". b) Informe del Servicio de Urgencias, fechado el día 24 de junio de 2010, en el que se consigna, en el apartado de impresión diagnóstica, "actualmente describe clínica depresiva de días de evolución, con ideas de muerte sin planificación suicida, tendencia al aislamiento", añadiéndose, más adelante "no síntomas psicóticos" y la indicación de acudir a su centro de salud mental y "solicitar cita adelantada para control" de tratamiento. c) Particulares relativos a la instrucción de diligencias previas judiciales, a las que se incorpora el parte del SAMU ("autointoxicación incierta. Intento de autólisis") y el informe clínico del propio servicio móvil de urgencia del día 25 de junio de 2010, indicativo de "intoxicación a determinar. Parada cardiorrespiratoria". d) Otros documentos obrantes en las diligencias instruidas, entre los que aparecen la certificación de defunción del Registro Civil, en la que consta la filiación del fallecido; el dictamen del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, librado el 3 de septiembre de 2010, y el informe médico forense, fechado al día siguiente del fallecimiento, que concluye "muerte accidental por posible gesto autolítico" y que "la causa fundamental de la muerte es ingesta masiva de fármacos antidepresivos", estimándose acaecida "alrededor de las 10:00 horas del día 25 de junio de 2010". f) Poder general para pleitos, otorgado a quien obra como representante de los reclamantes.

**2.** Con fecha 28 de octubre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a los reclamantes la fecha de entrada de su reclamación en la Administración del 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.** A petición del Inspector de Prestaciones sanitarias designado al efecto, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios el parte de reclamación al seguro de responsabilidad sanitaria, una copia de la historia clínica del paciente y el informe del Director del Área de Salud Mental del hospital que le atendió de urgencia.

En este último, fechado el 27 de enero de 2011, se detalla que “el motivo de la petición de atención urgente fue ‘ánimo depresivo’. El paciente acudió de forma voluntaria, acompañado por la madre para valoración psiquiátrica. Por tal motivo fue valorado por personal médico del Servicio de Urgencias y por la psiquiatra de guardia (...). En las otras hospitalizaciones (...) no tenemos constancia de que hayan sido motivadas por tentativas de suicidio, autolesiones ni por la existencia de cuadros depresivos”. Se fundamenta la “derivación para continuar el tratamiento ambulatoriamente” en los criterios que se enumeran, consistentes en el “buen nivel de conciencia y ausencia de síntomas psicóticos, por lo que se puede considerar que el paciente tenía conservado el juicio de realidad”, la “actitud de colaboración”, la “ausencia de alteraciones conductuales”, la “ideación autolítica no constante, fluctuante y no mantenida durante la entrevista con la psiquiatra de guardia, con ausencia de antecedentes claros”, y la circunstancia de que “los episodios depresivos anteriores han sido tratados ambulatoriamente”. Se concluye que “no se puede confirmar la causa del fallecimiento, no pudiendo descartar ni confirmar diferentes hipótesis, tales como el suicidio o un abuso de medicación sin intencionalidad suicida”.

**4.** El día 7 de febrero de 2011, el Jefe de Servicio del Centro de Salud Mental II ..... remite al Servicio instructor una copia de la historia clínica del paciente obrante en dicho centro.

**5.** Con fecha 15 de marzo de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En

él se reseña que en la hospitalización anterior a la que motiva la reclamación, del 28 de mayo al 4 de junio de 2010, “no se apreció (...) trastorno depresivo, tampoco se apreciaron síntomas psicóticos ni intencionalidad autolítica”. Por ello, se realizaron ajustes de la medicación para aminorar posibles efectos secundarios asociados al tratamiento psicofarmacológico que tenía prescrito con anterioridad al ingreso, en ningún momento de la hospitalización recibió tratamiento antidepresivo. No hay constancia de que las otras hospitalizaciones psiquiátricas que ha tenido el paciente hayan sido motivadas por tentativas de suicidio o autolesiones.

En cuanto a la valoración del caso, señala que es “especialmente relevante que el día 24 de junio de 2010, cuando acudió a Urgencias (...), se recoge que el paciente se encuentra consciente, bien orientado, manifiesta síntomas depresivos e ‘ideas autolíticas no estructuradas ni planificadas’, negando auto y heteroagresividad (...). No se aprecian manifestaciones psicóticas. Durante la valoración psiquiátrica realizada en presencia de la madre describe clínica depresiva de días de evolución, con ideas de muerte sin planificación suicida (...). En el informe no consta ningún diagnóstico de ‘cuadro depresivo grave con sintomatología psicótica’, tal como se afirma erróneamente (...) en el escrito de reclamación”.

Respecto a la posible causa de la muerte, se razona que con base en la “información aportada por los informes de alta del Servicio de Urgencias, informe del SAMU e historial clínico de la última hospitalización en la Unidad de Psiquiatría no se puede confirmar la causa del fallecimiento, no pudiendo descartar ni confirmar diferentes hipótesis, tales como el suicidio o un abuso de medicación sin intencionalidad suicida complicada con una broncoaspiración, insuficiencia respiratoria y posterior fallecimiento por parada cardio-respiratoria (...). El médico forense en sus conclusiones (...) afirma que la etiología del exitus puede ser una muerte accidental por posible gesto autolítico. Que la causa fundamental de la muerte es ingesta masiva de fármacos antidepresivos y que la acusa inmediata de la muerte es edema agudo de pulmón”. Sin embargo,

argumenta el técnico informante, del dictamen del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses se deduce que el paciente “se encontraba en dosis tóxicas de Lorazepan”, sin alcanzar valores tóxicos de otros fármacos, siendo aquél “una benzodiazepina y, según su ficha técnica, la sobredosis no representa una amenaza vital por sí misma excepto si se administra con (...) alcohol y/o drogas (...). Así pues, es perfectamente factible una sobredosis de benzodiazepinas (...) en el contexto de una muerte accidental y no de etiología suicida, máxime en un paciente en el que se pudo constatar tendencia a la sobredosificación para dormir, tal como ocurrió durante el ingreso, siendo especialmente importante la ausencia de previsibilidad de conducta suicida el día anterior durante la valoración realizada en Urgencias”.

Se concluye que “incluso (...) en el caso de que fuese un suicidio, el paciente no manifestaba esa ideación, no habiendo, por tanto, motivo alguno para que se tratase al enfermo de manera diferente a como se hizo (...). La única forma de conocer y diagnosticar el riesgo suicida de un paciente es que este reconozca su existencia”.

**6.** Mediante escritos de 17 de marzo de 2011, 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.

**7.** Se incorpora a las actuaciones un oficio del Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias de 27 de mayo de 2011 solicitando el traslado del expediente administrativo, al haber recurrido los interesados en vía jurisdiccional.

**8.** Con fecha 26 de junio de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por un especialista en Psiquiatría. En él manifiesta que “la mayoría de los enfermos depresivos no se suicida”, citando literatura médica expresiva de que “el tratamiento ambulatorio es posible

en el paciente con moderado a elevado riesgo suicida siempre que existan suficientes factores protectores, tales como un buen soporte familiar (...). El suicidio es muy impredecible (...). El examen mental realizado (al paciente) reveló la presencia de ideas suicidas pero sin estructurar ni planificar y no existían síntomas psicóticos". Se concluye que el psiquiatra que le atendió de urgencia "es conocedor de su historial clínico" y "tuvo en cuenta el diagnóstico y la situación del paciente y fueron evaluadas sus ideas suicidas", y que "el suicidio fue impredecible".

**9.** Evacuado el trámite de audiencia mediante escrito notificado a los reclamantes el día 7 de septiembre de 2011, no consta en el expediente que se hayan presentado alegaciones.

**10.** Con fecha 3 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, recogiendo los razonamientos contenidos en el informe técnico de evaluación.

**11.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de diciembre de 2011, registrado de entrada el día 29 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 Sanidad, 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), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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 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 16 de diciembre de 2010, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del hijo de los reclamantes- el día 25 de junio del mismo año, por lo que es claro que fue 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.

Ahora bien, 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.

Sin embargo, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en ese caso habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta 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.

**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, concurran, 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.-** Imputan los reclamantes a la Administración sanitaria el daño derivado de la pérdida de su hijo, por cuanto al acudir al Servicio de Urgencias, “con un grave cuadro depresivo y sintomatología psicótica (...), se le envía para casa pese a la gravedad que presentaba su estado, y sin un examen a conciencia de su patología, lo que revela una mala praxis médica que conduce a su fallecimiento”. Consideran los perjudicados que, a la vista de “las ideas autolíticas que constan en la historia”, debió aplicarse a su hijo un “régimen de internamiento (...) evitando así el riesgo de suicidio”.

Acreditada la realidad de un daño, que se consuma con la muerte del descendiente, hemos de reparar en que la pretensión deducida se edifica sobre un presupuesto fáctico cuya prueba aquí no consta, cual es la etiología suicida del fallecimiento. Al respecto, el informe médico forense, librado al día siguiente, se limita a constatar una “muerte accidental por posible gesto autolítico”, reseñando que su causa “fundamental” radica en la “ingesta masiva de fármacos antidepresivos”. Constreñida la invocada voluntad suicida a términos de mera probabilidad, el dictamen emitido meses después por los servicios de toxicología sobre las muestras recibidas revela, según pone de manifiesto el informe técnico de evaluación sin elemento alguno que lo contradiga, que el paciente solo alcanzaba valores tóxicos de “benzodiazepina”, fármaco cuya sobredosis “no representa una amenaza vital por sí misma excepto si se administra con (...) alcohol y/o drogas”, por lo que “es perfectamente factible una sobredosis (...) en el contexto de una muerte accidental”; concluyéndose, en suma, tanto en el informe referido como en el emitido por el Director del Área de Salud Mental del

hospital, que el fatal desenlace pudo también deberse a un “abuso de medicación sin intencionalidad suicida”.

Ello no obstante, los dos informes técnicos mencionados, al igual que el suscrito por el médico forense, no alcanzan a confirmar ni a descartar el suicidio del hijo de los reclamantes, por lo que tampoco puede imponerse a los particulares interesados una *probatio diabolica* sobre ese extremo a efectos de pronunciarnos sobre su nexo causal con la actividad administrativa. Bien entendido que tampoco puede orillarse, en el análisis de fondo, la circunstancia de que lo actuado no permite, ni siquiera a la vista de todo el proceso, constatar la consumación de una supuesta voluntad suicida.

Sentado esto, hemos de advertir que, como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 eventualmente pueda sufrir 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. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensado a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado -aunque no siempre pueda garantizarse que este sea exacto- de los síntomas manifestados, y al posterior tratamiento de la enfermedad identificada.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, 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.

En el supuesto sometido a nuestro dictamen, se atribuye a la Administración la existencia de una atención sanitaria con infracción de la *lex artis*, atención que habría causado la muerte del hijo de los interesados. Sin embargo, pese a que les incumbe la prueba de las imputaciones que sostienen, no han desarrollado la menor actividad probatoria de este nexo causal, de modo que este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia del referido nexo causal, sobre la base de la documentación que obra en el expediente y que no ha sido discutida por los reclamantes.

En este caso, la Administración ha incorporado al expediente el informe realizado por un Inspector de Prestaciones Sanitarias, el rubricado por el Director del Área de Salud Mental del hospital implicado y otro suscrito por un especialista en la materia, a instancias de la compañía aseguradora del Principado de Asturias, y todos ellos resultan coincidentes a la hora de valorar la adecuación de la actividad sanitaria a lo que hemos definido como *lex artis*, concluyéndose que el paciente no manifestaba una ideación autolítica estructurada que demandara un tratamiento distinto al pautado. En efecto, en el informe del Servicio al que se imputa el daño se detalla la sintomatología que fundamenta el tratamiento ambulatorio, y en los emitidos posteriormente se avala su adecuación. No debemos soslayar tampoco la comentada circunstancia de que ni siquiera una retrospectiva de lo sucedido permite ahora descartar la muerte accidental y, con ello, cuestionar la decisión de no internar al enfermo.

Frente a estos elementos, y a falta de otras pruebas o pericias en sentido contrario, lo apuntado por los interesados no alcanza a destruir el valor probatorio de los informes técnicos aportados por la Administración. Máxime cuando se evidencian ciertas imprecisiones en su relato fáctico, pues en la documentación clínica no se recoge el “cuadro depresivo y sintomatología psicótica” que los reclamantes subrayan en su escrito inicial, y su referencia a las

“ideas de muerte” extractada del informe de Urgencias no es rigurosa, pues en el mismo se recoge expresamente “ideas de muerte sin planificación suicida”.

En definitiva, no se prueba infracción alguna de la *lex artis* asistencial y, por tanto, la reclamación presentada no puede tener acogida favorable.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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.