

Expediente Núm. 5/2012
Dictamen Núm. 110/2012

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 11 de abril 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 3 de enero de 2012, 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 17 de noviembre de 2010, el interesado 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, a su juicio, deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Refiere que “el 17 de marzo de 2010 (...) fue intervenido en el Hospital (...) como consecuencia de la enfermedad de Crohn ileocolónica que padece. La

intervención (...) consistió en colostomía (temporal para intentar resolver problema de alteración de recto)".

Señala, a continuación, que "estuvo en el hospital desde la intervención hasta el día 29 de marzo de 2010, fecha esta en la que fue dado de alta, a pesar de seguir convaleciente y tener (...) fuertes dolores abdominales, y remitido a su domicilio sin que estuviera estabilizado de la operación a la que fue sometido". Tras este episodio, "acude a Urgencias (...) 24 horas después del alta hospitalaria por fiebre y con mal estado general (...) como consecuencia de alteraciones posquirúrgicas con múltiples colecciones intraabdominales". Dado el estado de gravedad que presentaba "quedó ingresado en la UCI del hospital (...) 4 días", siendo intervenido con el diagnóstico de "posoperatorio de alto riesgo" y "posteriormente trasladado a planta, donde permaneció varias semanas".

De todo ello, concluye que "no se puede obviar" que su vida "estuvo en peligro como consecuencia de una apresurada alta hospitalaria a los pocos días de ser intervenido quirúrgicamente, estando ante una 'mala praxis' imputable a los profesionales médicos". Más adelante, "imputa a la Administración que la asistencia prestada (...) tras la intervención del día 18-03-2010 no fue la adecuada, al no tener un posoperatorio acorde con la intervención quirúrgica a la que fue sometido, temiendo por su vida", al enviar "al paciente para su casa sin el adecuado examen que requería su caso".

En cuanto al daño causado, señala que "a día de hoy no solo no ha mejorado a nivel físico, sino que además le ha afectado a nivel emocional el drama padecido, continuando bajo tratamiento psiquiátrico", por lo que reclama "una indemnización de 18.000 euros".

Acompaña a su reclamación copia del informe de alta de 4 de abril de 2010 y del informe librado por el psiquiatra de su centro de salud mental el 11 de agosto de 2010, a petición del paciente, en el que se recoge que es "natural de Gran Canaria (...). Vive en Asturias desde 2007./ Presenta un trastorno adaptativo con clínica ansioso-depresiva, reactivo a enfermedad neoplásica. Se

inició tratamiento con antidepresivos y tranquilizantes./ Su proceso cancerígeno parecía estable en esos momentos (...). Acude a una de las consultas con la madre (17-06-2010). Comenta que estuvo ingresado (...) y le hicieron una colostomía con carácter temporal para intentar resolver problema de ulceración en recto./ Lo pasó bastante mal, con mucha afectación psicológica por el tema de la bolsa. Marchó un mes a Canarias donde se recuperó bastante. Cuando vuelve empieza a empeorar su estado anímico. Responsabiliza a su última intervención de su estado actual. Señala que esa intervención 'le hizo mucho daño'. Desde entonces se encuentra profundamente deprimido".

Como medios de prueba, solicita que se incorpore su historia clínica; la "declaración de los médicos que han emitido los informes (...) tras la intervención quirúrgica", "en concreto", la de los encargados del seguimiento posoperatorio de aquella y de la segunda operación, y la declaración del psiquiatra de su centro de salud mental y las de su madre y su esposa.

2. Con fecha 28 de diciembre de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica al reclamante la fecha de entrada de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias (19 de noviembre de 2010), las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Se incorporan al expediente, remitidos por el centro hospitalario que atendió al paciente, una copia de parte de su historia clínica, el parte de reclamación al seguro de responsabilidad sanitaria y el informe rubricado el día 16 de diciembre de 2010 por la médica adjunta del Servicio de Cirugía, con el visto bueno del Jefe del Servicio. En él se señala que el paciente "tiene mal control del dolor, llegando a precisar opiáceos, y alteraciones analíticas (desviación izquierda), lo que lleva a adelantar la cirugía y realizar de urgencia (18-3-10) la misma intervención que se había planeado programada (...). El posoperatorio inmediato cursó con dolor mal tolerado (...). Aunque ocasionalmente el dolor

cede con placebo./ Dada la dificultad de valorar realmente si el paciente presenta alguna complicación quirúrgica se realiza (...) ecografía y analítica"; la primera, "sin evidencia de alteraciones" y "sin clara evidencia de imágenes sugerentes de colecciones"; la segunda, con resultado "similar a (...) otras ocasiones pero sin leucocitosis y mejoría de la proteína C./ El paciente permanece afebril durante todo el posoperatorio, salvo 2 días antes del alta en que se recoge una temperatura de 37,7º que se normaliza tras drenaje del absceso de herida quirúrgica./ Dada la historia de la larga enfermedad del paciente y lo agobiado que está por el ingreso prolongado, se le propone alta para curas y control en hospitalización domicilio, que acepta. El paciente reingresa a las 36 horas con fiebre y dolor abdominal, demostrándose mediante TAC la existencia de colecciones intraabdominales".

En la historia clínica consta un informe librado por la misma doctora el 30 de marzo de 2010, en el que se recoge que el posoperatorio "se desarrolla sin problemas, salvo infección de herida quirúrgica".

4. Con fecha 12 de enero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios resuelve "acceder a la práctica de la primera de las pruebas solicitadas mediante la incorporación al expediente de la historia clínica del perjudicado", incorporándose, asimismo, los informes librados por los profesionales responsables de la intervención, y denegando la práctica de las restantes pruebas propuestas, al obrar ya en el expediente el testimonio del psiquiatra y considerarse que las declaraciones de la madre y de la esposa del perjudicado "en nada contribuirían a la resolución objetiva sobre el caso".

5. Con fecha 21 de febrero de 2011, la Directora Médica del hospital que atiende al enfermo remite copia de su historia clínica en dicho centro hospitalario desde el 18 de febrero de 2010. En la misma constan las hojas de consentimiento informado para las distintas intervenciones a las que fue sometido, rubricadas por el paciente. Figura anotación, fechada el 27 de marzo

de 2010, expresiva de "herida infectada, si solo precisa una cura le daremos de alta el lunes con control domicilio".

6. Con fecha 10 de marzo de 2011, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él reseña que el reclamante "tiene antecedentes de graves enfermedades somáticas como un seminoma recidivante tratado con cirugía y quimioterapia y una enfermedad de Crohn ileo-crónica corticodependiente con repetidos episodios de agudización. En respuesta a ello ha hecho un trastorno adaptativo manifestado bajo la forma de cuadro depresivo-ansioso". Se añade que, "contrariamente a lo manifestado por el reclamante (...), lo cierto es que se le dio el alta hospitalaria tras un posoperatorio prolongado de doce días, caracterizado únicamente por la persistencia de dolor abdominal, con normalidad en los exámenes y pruebas complementarias (analíticas y de imagen) practicadas. Todo ello, unido a su situación emocional después de un ingreso hospitalario tan prolongado, justificaba el alta hospitalaria./ Por desgracia, el paciente hubo de reingresar transcurridas unas horas por la materialización de uno de los riesgos típicos del procedimiento quirúrgico realizado: la infección de herida quirúrgica, que no ha sido consecuencia de una praxis médica inadecuada, sino que constituye una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal, ampliamente reseñada en la literatura médica y asumida por el reclamante al firmar el consentimiento". Se concluye que los profesionales médicos utilizaron "los medios diagnósticos y terapéuticos que la situación clínica y las circunstancias personales del paciente demandaban en cada momento".

7. Mediante escritos de 11 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.

Se recibe fax del interesado comunicando el traslado de su residencia a Canarias.

8. Con fecha 30 de julio de 2011, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por cuatro especialistas, tres en Cirugía General y Digestivo y uno en Cirugía General. En él manifiestan que “cerca de la tercera parte de los enfermos de EII muestran alteraciones psicopatológicas, frecuentemente depresión, ansiedad y trastornos emocionales (...), como una consecuencia de la propia enfermedad (...). Que el reclamante presente un trastorno adaptativo con cuadros ansioso-depresivos está plenamente justificado por la enfermedad de Crohn (...). Asimismo el hecho de haber padecido un seminoma recidivado tiene que influir en su trastorno psíquico, pero no son causados por los tratamientos quirúrgicos realizados, sino que son reactivos a las enfermedades que ha padecido”. Se añade que, tras un cuadro febril que cedió, el enfermo permaneció “asintomático hasta el día del alta” controvertida, y que “al tratarse de pacientes con una enfermedad de larga evolución, con recaídas periódicas y tratamiento con terapias agresivas e inmunodepresivas, la cirugía cursa con posoperatorios tempestuosos y complicaciones (infecciones, abscesos, dehiscencias de anastomosis, etc.) derivadas de la mala situación del enfermo por la gravedad de esta patología. Se concluye que “todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta según los conocimientos actuales de la medicina”.

9. Evacuado el trámite de audiencia, no consta en el expediente que se hayan presentado alegaciones.

10. Con fecha 30 de noviembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, asumiendo las conclusiones del informe técnico de evaluación.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de enero de 2012, registrado de entrada el día 18 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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado 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 17 de noviembre de 2010, habiendo tenido lugar los hechos por los que se deduce (la asistencia prestada "tras la intervención del día 18-03-2010") en el mes de marzo del mismo año, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente establecido.

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.

Sin embargo, 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.- Imputa el reclamante a la Administración sanitaria el daño derivado de lo que considera “una apresurada alta hospitalaria a los pocos días de ser intervenido quirúrgicamente (...) sin el adecuado examen que requería su caso”, por lo que hubo de acudir a Urgencias al día siguiente para ser reintervenido con diagnóstico de “posoperatorio de alto riesgo”. Persigue el resarcimiento de los daños físicos y morales que vincula a aquella “apresurada alta”, por cuanto “no solo no ha mejorado a nivel físico, sino que además le ha afectado a nivel emocional el drama padecido, continuando bajo tratamiento psiquiátrico”.

A la luz de lo manifestado por el interesado en su escrito de reclamación, se concluye con facilidad que la *causa petendi* se reduce aquí a la supuesta negligencia médica cometida al enviar a su domicilio al convaleciente, y el *petitum* se contrae a la indemnización de los perjuicios consistentes en la “no mejora” de su dolencia y en la afectación psicológica.

Referida a estos dos conceptos la pretensión indemnizatoria, hemos de reparar en que lo actuado no permite tenerlos por probados, ni en sí mismos ni en su relación fáctica con el quehacer médico.

En sí mismos, se observa que el supuesto daño moral se apoya únicamente en las declaraciones del propio afectado y no en el informe del psiquiatra de su centro de salud, tal como aquel pretende, pues el facultativo

informante se limita a recoger lo manifestado ante él por el paciente -que alude a un agravamiento de su estado anímico-, sin que ese informe -ni el resto del historial médico- permitan acreditar algo distinto del cuadro ansioso-depresivo que el reclamante sufre desde años atrás, sin llegarse a objetivar, a lo largo de lo actuado, el concreto empeoramiento que el interesado anuda a la praxis médica que denuncia. A su vez, la “no mejora” de su dolencia, que el enfermo concibe como un daño físico, no puede tampoco aceptarse, pues contemplada aquella en su esencia no cabe desconocer su naturaleza crónica (enfermedad de Crohn) y, descendiendo al puntual estado del paciente al tiempo de ser reintervenido, consta con claridad la mejoría subsiguiente a la atención dispensada.

Con igual nitidez, se advierte que los daños invocados -de existir- no podrían anudarse a la -buena o mala- praxis médica. En efecto, tanto la historia clínica como los informes obrantes en el expediente constatan un cuadro ansioso-depresivo muy anterior al episodio que motiva la reclamación, y los especialistas que informan a instancias de la aseguradora de la Administración objetivan, sin elemento alguno de contrario, que el trastorno psicológico que el paciente sufre está “plenamente justificado” por su patología de base (enfermedad de Crohn y haber padecido un seminoma recidivado). Incluso se aprecia que el propio paciente liga al entorno -más que al tratamiento médico- los altibajos de su estado anímico, quedando documentado que, tras el episodio que funda la reclamación, “marchó un mes a Canarias donde se recuperó bastante”, volviendo a empeorar a su regreso, y decidiendo después retornar a las islas.

Tampoco cabe vincular al alta prematura la supuesta congoja derivada del postrero conocimiento de un riesgo vital no concretado, toda vez que el propio paciente reconoce que solo después de superado su estado crítico tuvo conocimiento del “posoperatorio de alto riesgo”. El daño físico que se invoca no puede, igualmente, vincularse a la atención hospitalaria dispensada, ya que la “no mejoría” -aun admitida- no puede concebirse como una consecuencia

dañosa de una acción u omisión, ni genéricamente ni en relación aquí con la actuación facultativa, observándose que todos los informes obrantes en el expediente anudan el estado actual del paciente a su patología de base, sin que el reclamante alcance a deslindar, siquiera mediante meras alegaciones, el concreto perjuicio que puede vincularse al alta cursada el 29 de marzo. En suma, la solidez del criterio pericial manifestado, unida al juego de los principios *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y *onus probandi incumbit actori*, en contraste con la orfandad probatoria del lado reclamante, es ya suficiente para rechazar la pretensión resarcitoria aquí ejercitada.

Por otro lado, aunque se admitiera la realidad del daño y su pretendido origen, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe 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 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 que se obtengan los resultados concretos pretendidos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado 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. Y tal 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.

En el procedimiento sometido a nuestro análisis, el reclamante imputa a la Administración sanitaria un alta hospitalaria precipitada. Sin embargo, nada aporta como soporte probatorio de sus meras alegaciones, sin que lo actuado permita tampoco apreciar la pretendida negligencia profesional. En efecto, todos los informes incorporados al expediente por la Administración y su aseguradora concluyen que no se aprecia mala praxis, habiéndose acudido a los medios diagnósticos y terapéuticos que la situación del paciente demandaba en cada momento. Así, en el informe técnico de evaluación se reseña que, “contrariamente a lo manifestado por el reclamante (...), lo cierto es que se le dio el alta hospitalaria tras un posoperatorio prolongado de doce días, caracterizado únicamente por la persistencia de dolor abdominal, con normalidad en los exámenes y pruebas complementarias (analíticas y de imagen) practicadas. Todo ello, unido a su situación emocional después de un ingreso hospitalario tan prolongado, justificaba el alta hospitalaria”. Igualmente, en el informe del servicio hospitalario que atendió el posoperatorio se razona la procedencia del alta en relación a la concreta sintomatología que presentaba el paciente, añadiendo que, “dada la historia de la larga enfermedad (...) y lo agobiado que está por el ingreso prolongado, se le propone alta para curas y control en hospitalización domicilio, que acepta”. Por su parte, el informe médico que suscriben los especialistas, traído por la aseguradora, destaca también que tras un cuadro febril que cedió el enfermo permaneció “asintomático hasta el día del alta” controvertida, sin que quepa, en suma, suplantarse el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se aprecia

prueba suficiente del daño alegado, ni que este -de existir- pueda reputarse consecuencia del tratamiento recibido, ni se observa deficiencia alguna o mala praxis por parte de los profesionales sanitarios.

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.