

Expediente Núm. 17/2017
Dictamen Núm. 26/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 9 de febrero de 2017, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 12 de enero de 2017 -registrada de entrada el día 17 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, como consecuencia de permitir un alta voluntaria, no efectuar el seguimiento y someterlo a una cirugía de riesgo.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de abril de 2016, los interesados -viuda e hijos del fallecido- presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital, a la que atribuyen el fallecimiento de su familiar.

Exponen que el fallecido, "tras unas operaciones defectuosas en su pie izquierdo, fue nuevamente reintervenido de reartrodesis calcáneo tibial izquierda el día 13 de abril de 2015, y tras la operación sufrió una infección respiratoria y ICC, siendo valorado por el Servicio de Neumología por expectoración hemoptoica. Se le realizó un TC torácico llamando la atención la presencia de patrón en árbol en brote en LSD, así como hallazgo de adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas y prevasculares izquierdas en rango patológico, siendo dado de alta para su traslado al domicilio con soporte de oxígeno para 16 horas, y a los 15 días se produjo su fallecimiento, concretamente el día 30 de abril de 2015, de una parada cardíaco-respiratoria".

Indican que "era un paciente cardiópata severo con varios episodios de ICC con escasa respuesta al tratamiento domiciliario, presentando en diversas ocasiones insuficiencia respiratorio severa (...) crepitante hasta ambos campos y edemas hasta rodillas./ Según los servicios médicos, el paciente, pese a tener criterios de ingreso en centro hospitalario, solicitó el alta voluntaria firmando el correspondiente alta".

Señalan los reclamantes que "no tienen constancia de la firma del alta voluntaria del paciente, y tampoco aparece en el historial clínico facilitado a la familia, lo que ya de por sí afectaría a una deficiente asistencia médica, al vulnerarse lo regulado en la Ley 41/2002 sobre documentación exigida en relación al alta voluntaria". Añaden que no "se le informó de su situación clínica y posibles efectos y consecuencias de esa hipotética alta voluntaria, y en cualquier caso no hubo el más mínimo seguimiento (...) durante su estancia en su domicilio, lo que le provocó inexorablemente el fallecimiento". Al respecto, destacan que "presentaba un cuadro médico con importantes enfermedades que podrían provocar su fallecimiento, como desgraciadamente así sucedió".

Por otro lado, consideran que "no se debió intervenir quirúrgicamente" a su familiar "al presentar insuficiencia respiratoria grave, lo que desaconsejaba la operación del pie izquierdo". Afirman no tener constancia "de que el paciente

firmase el consentimiento informado para la operación quirúrgica y las advertencias y riesgos de la operación”.

Reseñan que el fallecido no dejó disposición testamentaria alguna, y que en el momento de presentación de la reclamación aún no se había realizado la declaración de herederos, por lo que en cuanto esta obre en su poder “se adjuntará al expediente”.

Por todo ello solicitan una indemnización de doscientos mil euros (200.000 €), de los cuales 100.000 € corresponderían a la viuda y 50.000 € a cada uno de los dos hijos.

2. Mediante oficio de 4 de abril de 2016, la Jefa del Servicio de Asuntos Generales del Servicio de Salud del Principado de Asturias remite la reclamación al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -donde se registra de entrada el 6 de abril-, dándose traslado de una copia de la misma a la Gerencia del Área Sanitaria IV.

3. El día 12 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite el expediente al Inspector de Servicios y Centros Sanitarios, encomendándole la elaboración de la propuesta de resolución.

4. Con fecha 21 de abril de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios notifica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, les indica que disponen de un plazo de diez días para acreditar el parentesco con el perjudicado, debiendo aportar el certificado de defunción de su familiar.

5. El día 20 de abril de 2016, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica

relativa al proceso de referencia, así como un informe de los servicios que hayan tratado al paciente sobre el concreto contenido de la reclamación, con especial referencia al alta voluntaria.

6. Mediante oficio de 26 de abril de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada una copia del parte de reclamación -previamente remitido a la correduría de seguros- al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios.

7. La viuda del fallecido presenta, el día 29 de abril de 2016, un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias al que adjunta la documentación requerida: a) Certificación literal de defunción. b) Fotocopia del Libro de Familia. c) Certificado literal de matrimonio. d) Certificado literal de nacimiento de cada uno de los hijos del fallecido.

8. Mediante escrito de 29 de abril de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del alta voluntaria firmada por el paciente el 17 de marzo de 2015 "en contra de la opinión del médico que suscribe, que estima debe continuar la hospitalización por insuficiencia cardíaca con insuficiencia respiratoria y acidosis secundaria. Enfermedad renal crónica con hiperpotasemia", y en la que se advierte al petionario de que "el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y los médicos que le asisten quedan exentos de responsabilidad por las consecuencias que se deriven de este alta", precisando que "se han indicado los perjuicios que pueden ocasionarse al enfermo", así como un CD que contiene la historia Millenium y la historia clínica y otra documentación adicional digitalizada.

En la historia Millenium figuran, entre otros, los siguientes documentos:
a) Informe de alta de 23 de diciembre de 2014. b) Informe de alta, de 17 de

marzo de 2015, en el que se recogen las alergias del paciente, enfermedades y medicación previa y sus antecedentes. También se indica el resultado de la exploración física y el resumen de las pruebas complementarias practicadas. En el apartado relativo a evolución y comentarios se refleja "paciente que acude a Urgencias con semiología de insuficiencia cardíaca, con acidosis leve e insuficiencia respiratoria parcial que mejora con O₂ y diuréticos. Se objetiva hiperpotasemia de 6,6, por lo que se administran medidas antipotasio corrigiéndose las cifras hasta 5,4 en el contexto de probable agudización de su ERC en la situación de insuficiencia cardíaca actual y la toma de ARA II./ Se explica al paciente la necesidad de ingresar para tratamiento y completar estudios, siendo rechazado el ingreso y firmando el alta voluntaria tras explicarle los riesgos de su decisión. Firma el alta voluntaria". Se establecen los diagnósticos de "insuficiencia cardíaca. Probable cardiopatía hipertensiva./ Insuficiencia respiratoria parcial con acidosis secundaria./ Insuficiencia renal crónica con hiperpotasemia". En el apartado de "recomendaciones" consta que "acudirá a su centro de salud para realización de analítica en 3-4 días./ Control de factores de riesgo cardiovascular, con especial atención a las cifras de TA./ Acudirá a consulta de Cardiología y Nefrología cuando sea avisado./ Si empeoramiento re acudir a Urgencias", y se le pauta tratamiento farmacológico.

c) Hojas de curso clínico hospitalario en las que se anota, el 14 de abril de 2015, "anestesia: reartrodesis de calcáneo-tibial izquierdo. AP: NAMC. DM, HTA, cardiopatía hipertensiva con primer episodio de fallo cardíaco en 2013, ERGE, nefropatía diabética con ERC, isquemia miembros inferiores, Cx previas: artrodesis lumbar hace años de L4-S1. Necrosis de astrágalo con artrodesis + fijación externa fallida. Anestesia intradural con bupivacaína 0,5% hiperbara + fentanest, logrando un bloqueo efectivo. Durante la cirugía se mantiene HD estable aunque con tendencia a la hipertensión. Posteriormente comienza a presentar dolor y desbloqueo motor pasando a anestesia general balanceada con mascarilla laríngea. Se administra profilaxis antiulcerosa, antibiótica (cefazolina 2 g) y analgesia (Paracetamol, Adolonta con ondansetrón y

Enantyum). Pasa a URPA 2 para control habitual". d) Informe clínico de alta, de 21 de abril de 2015, en el que se indica que "el día 13-4-2015 se interviene quirúrgicamente: clavo retrógrado tobillo, artrodesis transcalcánea. Sin incidencias. En el posoperatorio el paciente presenta cuadro de disnea en relación con cuadro de insuficiencia cardíaca leve valorada y tratada por el Servicio de Medicina Interna". Se programa revisión para el 6 de mayo y con Neumología en 15 días, pautándose, además de tratamiento farmacológico, "oxígeno domiciliario, 16 horas al día en gafas nasales a 2 litros".

La historia clínica digitalizada incluye, entre otros documentos, un informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital, de 16 de enero de 2014, en el que se explica al paciente "la necesidad de mantener una dieta y un tratamiento riguroso para prevenir complicaciones ulteriores dado su elevado perfil de riesgo cardiovascular".

La documentación adicional digitalizada está integrada, entre otra, por la siguiente: a) Documentos de consentimiento informado para anestesia general y para anestesia loco-regional, firmados por el paciente el 30 de octubre de 2014. b) Consentimiento informado para osteosíntesis de fractura de tobillo, suscrito por el paciente el 18 de diciembre de 2014. c) Consentimiento informado para transfusión, rubricado por el paciente el 9 de abril de 2015. d) Consentimientos informados para anestesia general y para anestesia loco-regional, signados por el paciente el 9 de abril de 2015.

9. Con fecha 6 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica del Pulmón del Hospital el 5 de mayo de 2016. En él expone que el día 9 de diciembre de 2014 el perjudicado fue atendido en el Servicio de Neumología con el diagnóstico de "asma bronquial y expectoración hemoptoica en estudio". Reseña que se trata de un paciente con "antecedentes tabáquicos, diabetes insulino-dependiente, hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía

hipertensiva, con un episodio de insuficiencia cardíaca e ingreso en el año 2013. En enero de 2014 fue valorado por el Servicio de Medicina Interna, con los diagnósticos de lumbociatalgia, anemia, síndrome metabólico, esteatosis hepática, insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva. Se mencionaba también una necrosis avascular masiva de la cúpula de astrágalo izquierdo, pendiente de reintervención quirúrgica. El neumólogo que le atendió solicitó TACAR torácico y análisis del esputo para filiar el origen de la expectoración hemoptoica y dejó constancia de la contradicción entre la espirometría no obstructiva y el diagnóstico previo de asma”.

Manifiesta que en las semanas siguientes ingresó en el Servicio de Medicina Interna y, con posterioridad, el día 17 de marzo de 2015 es visto nuevamente en Neumología, donde, “ante la persistencia de la expectoración hemoptoica, la disnea de mínimos esfuerzos e incluso la existencia de ortopnea, (se) remite al paciente al Servicio de Urgencias con los diagnósticos de insuficiencia cardíaca y respiratoria. La TACAR realizada en estas fechas informa de la existencia de adenopatías mediastínicas paratraqueales derechas y prevasculares izquierdas de tamaño patológico. Se dejan solicitados estudios de PET-TC, broncoscopia y función pulmonar para evaluar la situación”. Precisa que el mismo día -17 de marzo- el paciente es valorado en el Servicio de Urgencias y por el cardiólogo de guardia, indicándose en ambos casos el ingreso, “cosa que el paciente rechaza y firma un alta voluntaria”, siendo los diagnósticos en ese momento de “insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria y acidosis secundaria, así como insuficiencia renal crónica e hiperpotasemia”.

Reseña que el 31 de marzo de 2015 es reevaluado ambulatoriamente por el Servicio de Cardiología y se deja constancia de una “aceptable evolución clínica”. Se recomienda “seguir el tratamiento instaurado previamente y se solicitan pruebas de control”. Finalmente, el día 13 de abril de 2015 ingresa para cirugía programada de su patología calcánea-tibial, habiendo firmado “el

paciente (...) el consentimiento informado para la cirugía en la visita previa de Anestesiología, de fecha 30-10-2014”.

Añade que el 30 de abril de 2015 la neumóloga que debía atender al paciente el día 5 de mayo “prepara la visita de seguimiento para evaluar la situación de las pruebas previamente solicitadas. Comenta el resultado de la exploración de PET-TC, donde se indica que las adenopatías descritas eran de baja captación” y recibe información oral de la Sección de Broncoscopia de que el paciente había fallecido”.

Concluye que “se trata de un paciente de 58 años con múltiples patologías que afectan a diferentes órganos y sistemas, en situación de enfermedad avanzada en todos ellos, y que recibió en todo momento las atenciones médicas más adecuadas. Fue visto en consultas externas, fue ingresado cuando se requería (salvo una excepción en la que el propio paciente lo rechazó voluntariamente), fue también atendido en el Servicio de Urgencias, se realizaron los estudios complementarios necesarios y se practicaron las intervenciones quirúrgicas pertinentes en función de atender su calidad de vida./ Del análisis de los informes clínicos del paciente se deduce la situación pluripatológica y de gravedad, así como los reiterados intentos de diagnosticar sus enfermedades y de mejorar su calidad de vida”.

Adjunta a su informe copia del alta voluntaria firmada por el paciente el 17 de marzo de 2015 y del consentimiento informado para anestesia general suscrito el 30 de octubre de 2014.

10. El día 18 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe emitido por el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología el 13 de mayo de 2016. En él consta que el paciente ingresó en este Servicio el 9 de octubre de 2014 desde el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de “sospecha de necrosis avascular de astrágalo izquierdo”. Confirmado el diagnóstico, el 3 de noviembre de 2014 es intervenido

bajo anestesia general, practicándose "artrodesis por vía anterior según Chuinard con autoinjerto encastrado autoestable de cresta ilíaca". El posoperatorio transcurre "sin complicaciones" y recibe el alta hospitalaria el 7 de julio *-(sic)*, en realidad cursa alta hospitalaria el 7 de noviembre, como se desprende del resto de informes médicos-. El 19 de diciembre de 2014 acude a revisión y se aprecia en el control radiográfico "desplazamiento del autoinjerto. El paciente afirmaba que no había apoyado; sin embargo, esta situación es prácticamente imposible que pueda suceder salvo si el enfermo, incumpliendo la prescripción, apoyó el pie. Se le explica la ineludible necesidad de nueva intervención quirúrgica, ingresando ese mismo día". El día 19 de ese mes, una vez practicados los estudios preoperatorios, valorado en consulta preanestésica por el S. de Anestesiología y considerado apto para el procedimiento, fue intervenido "bajo anestesia intradural, practicándose artrodesis tibio-calcánea por vía lateral mediante fijador externo, una vez comprobada la ausencia subtotal de cúpula astragalina, que fue extirpada". Aclara que el curso posoperatorio fue "sin complicaciones", por lo que causó alta el 23 de diciembre de 2014.

Menciona que el 2 de enero de 2015 es valorado "por edema en pie y pierna izquierda" a petición del Servicio de Medicina Interna, donde había ingresado el 31 de diciembre por "cuadro de disnea". Se indica que "no se apreciaron anomalías en la cicatriz quirúrgica, atribuyéndose los edemas a su patología general de base versus patología vascular". El 10 de enero se solicita con carácter urgente un nuevo estudio radiográfico "por movilidad en pin proximal del fijador externo", reseñándose que "de nuevo no se tiene la seguridad de que el enfermo haya podido estar apoyando el pie izquierdo para desplazarse". Se aprecia "osteólisis incipiente alrededor de dicho pie", por lo que de urgencia, bajo anestesia local y sedación, se extrae en quirófano el fijador y se inmoviliza en bota de yeso, y pone de manifiesto que "el paciente rechazó expresamente cualquier procedimiento de reartrodesis instrumentada

en ese momento”, causando alta por el Servicio de Medicina Interna el 12 de enero de 2015.

Indica que el 4 de marzo de 2015 acude a revisión y se aprecia “ausencia de unión tibio-calcánea”, por lo que le comentan que “debería utilizar una órtesis tipo Walker de por vida para caminar o bien someterse a una nueva intervención de reartrodesis tibio-calcánea instrumentada”. Tras pensarlo, acepta una nueva intervención y se le incluye en lista de espera quirúrgica preferente. El 9 de abril de 2015 es valorado por el Servicio de Anestesia, siendo apto para la operación propuesta. Finalmente, el 14 de abril de 2015 se le interviene bajo “anestesia intradural”, practicándose “artrodesis tibio-calcánea izquierda instrumentada con clavo encerrojado y aporte de aloinjertos óseos”. A las 48 horas se solicita valoración por el Servicio de Medicina Interna para seguimiento posoperatorio dada su importante “comorbilidad” y haber estado ingresado en ese Servicio en enero, resultando la “evolución posquirúrgica sin complicaciones locales”.

Subraya que el 21 de abril es valorado nuevamente por el Servicio de Medicina Interna, no objetándose contraindicación para el alta hospitalaria y solicitándose consulta externa con Neumología, por lo que causó alta ese mismo día, citándole para revisión con Traumatología el 6 de mayo, fecha en la que el paciente no acude a la consulta, siendo informados posteriormente de que había fallecido el 30 de abril de 2015.

11. Mediante oficio de 31 de mayo de 2016, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital el día anterior. En él señala que el paciente acude el 17 de marzo de 2015 al Servicio de Urgencias y es visto por el cardiólogo de guardia. Hace referencia al informe clínico de alta del cardiólogo, donde se refleja, en el apartado relativo a “evolución y comentarios” que el paciente firma el alta voluntaria “tras

explicarle los riesgos de su decisión” y “la necesidad de ingresar para tratamiento”. Reseña que en la historia obra un documento específico de alta voluntaria -firmado por el paciente- en el que consta esta “en contra de la opinión del médico que suscribe”.

Con fecha 13 de junio de 2016, el referido Jefe de Sección comunica al Servicio instructor que “no se ha remitido el informe de Urgencias puesto que según el Director de la (Unidad de Gestión Clínica) la reclamación no afecta a dicho Servicio”.

12. Mediante escrito de 21 de junio de 2016, la Directora General de Política Sanitaria remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de que se recabe e incorpore al mismo el informe pericial de la compañía aseguradora.

El 27 de septiembre de 2016, se recibe el informe médico-pericial elaborado por cuatro especialistas en Medicina Interna con fecha 2 del mismo mes en el que analizan la asistencia sanitaria dispensada al paciente. Indican que “en noviembre de 2014 fue intervenido de necrosis avascular de astrágalo, con artrodesis que se movilizó y necesitó reintervención en tres ocasiones. En todas (...) el enfermo firmó el consentimiento informado y hubo una adecuada valoración preanestésica, y en la última (...) también cardiológica”.

Por lo que se refiere al riesgo quirúrgico, explican que, “al tratarse de un enfermo con factores de riesgo y diagnóstico de aterosclerosis, el riesgo quirúrgico estaba aumentado y ello fue evaluado antes de cada intervención en las consultas de preanestesia, considerando que (...) era apto para ser anestesiado. Este enfermo tenía un riesgo ASA III, ya que tenía una enfermedad sistémica crónica activa. Hay que tener en cuenta que el tipo de anestesia que se hizo, epidural, tiene un riesgo mucho menor que la anestesia general. Por tanto, el paciente tenía un riesgo quirúrgico discretamente aumentado, conocido y aceptado”.

Afirman que “el enfermó firmó el alta voluntaria y con el tratamiento administrado la evolución fue buena, desapareciendo las causas que hacían aconsejable el ingreso en ese momento. El no ingresar no tuvo ninguna influencia en el fallecimiento ocurrido más de un mes más tarde”.

En cuanto al óbito, que según la reclamación y el informe de Neumología se produjo en el domicilio del perjudicado, señalan que “aunque no conocemos las circunstancias y forma en que ocurrió (...), sí podemos asegurar que se trata de lo que se conoce como muerte súbita”. Aclaran que “las causas de muerte súbita son múltiples, pero en este enfermo la causa más probable es un infarto agudo de miocardio, ya que era un paciente con todos los factores de riesgo y aterosclerosis de arterias coronarias”. Añaden que el infarto agudo de miocardio “es la forma de presentación más grave (después de la muerte súbita) de la cardiopatía isquémica”, y que el paciente “tenía esta afección, ya que había aterosclerosis de arterias coronarias”, y sostienen que “no es posible prevenir la aparición de un infarto agudo de miocardio por una cardiopatía isquémica que previamente no ha dado manifestaciones (...). Otras posibles causas de muerte súbita, como hiperpotasemia o embolismo pulmonar masivo, son muy poco probables”.

Concluyen que “la actuación seguida con este enfermo es correcta y acorde a la *lex artis ad hoc* y no ha tenido influencia en el fallecimiento”.

13. Con fecha 20 de octubre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 27 de octubre de 2016 se persona en las dependencias administrativas una de las interesadas -hija del fallecido- para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos obrantes en el mismo hasta ese momento.

14. A continuación, obra en aquel un escrito de alegaciones firmado por los interesados el 3 de noviembre de 2016. En él plantean, en relación con el alta voluntaria, si en los casos en los que el paciente decide no someterse o continuar con un tratamiento apto para su salud en contra del criterio médico “no se debe permitir que (...) ponga en peligro su propia salud o si se debe permitir aun cuando sabemos el peligro que la falta de seguimiento de tratamiento médico conlleva”. Ponen de relieve que en este caso “la decisión de firmar el alta voluntaria no va seguida de recibir un tratamiento médico en otro centro sanitario, sino que simplemente se va para su casa, con el lamentable olvido de que su situación médica era de tal gravedad que no procedía (el) (...) alta (...). Además, en tales supuestos existe la obligación médica de entregar un informe clínico de alta en el que se especifiquen sus dolencias y diagnóstico, las recomendaciones terapéuticas y, en su caso, tratamiento alternativo y las consecuencias que podría generar dar un alta voluntaria, a fin de que el paciente tenga un conocimiento (...) de la gravedad de su situación (...), y (...) en la historia clínica ninguna de estas obligaciones ha sido efectuada”.

Asimismo, reprochan que, “pese a las manifestaciones de los servicios médicos de hacer un seguimiento domiciliario al paciente, una vez obtenida su alta voluntaria no se cumplió jamás (...). Ni una llamada, ni una visita; en definitiva, nada de nada”. A su juicio, “el derecho a la salud y su curación está (...) a un nivel superior que la autonomía del paciente, incumpléndose por los servicios médicos su manifestación de acudir al domicilio del paciente a fin de seguir su evolución ante la gravedad de su cuadro”.

Respecto al consentimiento informado, concluyen que el mismo “no existe”, porque “no se puede inferir la existencia de tal consentimiento de las hojas de la historia clínica ni, por supuesto, (de) un simple consentimiento de la anestesia”, sino que -a su parecer- “se tendría que haber obtenido (...) para todas y cada una de las diferentes intervenciones quirúrgicas que se efectuaron”.

15. Mediante oficio de 8 de noviembre de 2016, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

16. Con fecha 13 de diciembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella razona que “el enfermo firmó el alta voluntaria tras ser informado de lo que ello implicaba y manifestándole los médicos que lo hacía en contra de su opinión. Pretender, como hacen ahora los reclamantes, que los médicos determinen un internamiento y tratamiento forzoso no es otra cosa que desconocer la regulación del consentimiento informado, como garante del derecho constitucional a la integridad física, y la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional al respecto. Tras el alta y con el tratamiento administrado la evolución fue buena, desapareciendo las causas que hacían aconsejable el ingreso en ese momento. El no ingresar no tuvo ninguna influencia en el fallecimiento ocurrido más de un mes más tarde. Por ello, puede afirmarse que la actuación seguida con este enfermo es correcta y acorde a la *lex artis ad hoc* y (que) no ha tenido influencia alguna en su fallecimiento”, precisando respecto a esta última cuestión que, aunque desconocen las circunstancias y formas en que ocurrió, “sí podemos asegurar que se trata de lo que se conoce como muerte súbita”.

17. En este estado de tramitación, mediante escrito de 12 de enero de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

En el despacho de la presente consulta tomamos en consideración la entrada en vigor el día 2 de octubre de 2016 de las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. La disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, sobre régimen transitorio de los procedimientos -que carece de equivalente en la Ley 40/2015, salvo para los procedimientos de elaboración de normas en la Administración General del Estado-, determina que "A los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior".

A estos efectos, en el supuesto analizado el procedimiento se inició mediante reclamación de los interesados registrada en la Administración del Principado de Asturias con fecha 1 de abril de 2016, lo que nos remite a la redacción entonces vigente de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), y al 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJPAC, están los interesados -esposa e hijos del fallecido- activamente legitimados 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 1 de abril de 2016, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 30 de abril de 2015, 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 Responsabilidad Patrimonial. 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, en relación con el registro en la Administración del Principado de Asturias, advertimos los mismos problemas que ya pusimos de manifiesto en los Dictámenes Núm. 160/2015 y 136/2016, entre otros, por lo que nos remitimos a las consideraciones allí realizadas. Ahora bien, en este caso la Administración se cuida, en la práctica del trámite previsto en el artículo 42.4 de la LRJPAC, de comunicar al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios -en su calidad de órgano competente para resolver- y no, de forma genérica, en la Administración del Principado de Asturias, como venía haciendo habitualmente.

Asimismo, observamos que, pese a que en el escrito por el que se comunica a los reclamantes la apertura del trámite de audiencia se indica que se les adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente (previsión conforme con lo dispuesto en el artículo 11.1 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), esa relación no consta en la documentación remitida a este Consejo.

Igualmente, 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.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación de daños que los

interesados atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada a su esposo y padre, respectivamente, por el servicio público sanitario.

Consta en el expediente que el familiar de los reclamantes estuvo ingresado en diferentes ocasiones en el Hospital -la última para someterse a una intervención quirúrgica, ingresando el 13 de abril y recibiendo el alta médica el día 21-, así como su fallecimiento con fecha 30 de abril de 2015 -9 días después de causar alta médica-, por lo que debemos reconocer en aquellos un daño moral susceptible de reclamación.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Al respecto, y como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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 dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados.

Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

Este Consejo también ha subrayado que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. A pesar de ello, la familia del fallecido no aporta ningún documento que acredite los reproches que efectúan en relación con la actuación del servicio de salud. Nuestro análisis, por tanto, debe realizarse a la luz de la historia clínica y de los informes emitidos a petición del instructor del procedimiento.

Del examen de aquella se desprende que el fallecido tenía “antecedentes tabáquicos, diabetes insulino-dependiente, hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía hipertensiva, con un episodio de insuficiencia cardíaca e ingreso en el año 2013”, siendo intervenido el 3 de noviembre de 2014 de necrosis avascular de astrágalo, con artrodesis que se movilizó y necesitó reintervención en varias ocasiones” (diciembre de 2014 y abril de 2015). El 17 de marzo de 2015 el Servicio de Neumología deriva al paciente al Servicio de Urgencias, indicándose su ingreso por “semiología de insuficiencia cardíaca, con acidosis leve e insuficiencia respiratoria parcial que mejora con O₂ y diuréticos”. Posteriormente, el día 13 de abril de 2015 ingresa para cirugía programada de su patología calcánea-tibial, cursando alta el día 21 del mismo mes, momento en el que se le pauta el soporte de oxígeno para 16 horas.

Los interesados manifiestan en su escrito inicial no tener constancia de la firma del alta voluntaria del paciente en la fecha referida, pero en el trámite de audiencia, tras examinar el expediente, constatan su existencia. No obstante, plantean si en los casos en los que el paciente decide no someterse o continuar con un tratamiento apto para su salud en contra del criterio médico “no se debe permitir que (...) ponga en peligro su propia salud o si se debe permitir aun cuando sabemos el peligro que la falta de seguimiento de tratamiento médico conlleva”. A su juicio, “el derecho a la salud y su curación está (...) a un nivel superior que la autonomía del paciente, incumpléndose por los servicios

médicos su manifestación de acudir al domicilio del paciente a fin de seguir su evolución ante la gravedad de su cuadro”.

Este Consejo no comparte el planteamiento propuesto por los interesados, pues, como acertadamente reseña el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas al elaborar la propuesta de resolución, “pretender, como hacen ahora los reclamantes, que los médicos determinen un internamiento y tratamiento forzoso no es otra cosa que desconocer la regulación del consentimiento informado, como garante del derecho constitucional a la integridad física, y la reiterada jurisprudencia del Tribunal Supremo y del Tribunal Constitucional al respecto”. El bien jurídico protegido es distinto en los artículos 15 -la vida y la integridad física y moral- y 43 -la salud- de nuestra Carta Magna, y su diferente ubicación en el texto constitucional les otorga una tutela que reviste distinta intensidad en uno y otro caso. Según reiterada jurisprudencia del Tribunal Constitucional -por todas, Sentencia 120/1990, de 27 de junio-, mediante el reconocimiento del derecho fundamental a la integridad física y moral “se protege la inviolabilidad de la persona, no solo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular”. También resulta ilustrativa la Sentencia 154/2002, de 18 de julio, de la que se desprende que la oposición del individuo a injerencias ajenas sobre el propio cuerpo supone el ejercicio de “un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal -como distinto del derecho a la salud o a la vida- y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE)”.

En definitiva, la facultad que asiste a los individuos de evitar intromisiones no permitidas sobre su cuerpo -cualquiera que sea la finalidad con la que se actúa- forma parte del contenido esencial del derecho fundamental a la integridad física y moral; facultad que solo en casos concretos puede ser susceptible de limitaciones, como en los supuestos de relación de

sujeción especial entre la Administración penitenciaria y los internos (Sentencia 120/1990, de 27 de junio).

En el ámbito sanitario la manifestación del derecho a la integridad física se materializa en la autonomía del paciente, que implica el derecho a consentir o rechazar tratamientos médicos. Así, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, recoge en su artículo 2 una relación de los principios básicos que inspiran esta norma y que constituyen el núcleo fundamental de las relaciones clínico-asistenciales; entre ellos, que “La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica” - apartado 1-; que “Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios” -apartado 2-; que “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente” -apartado 3-; que “Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley” -apartado 4-, y la obligación de “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial (...) al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente” -apartado 6-.

Aplicado lo expuesto al caso que nos ocupa, es evidente que el personal sanitario actuó de manera correcta, puesto que informó al paciente de que el tratamiento de sus dolencias (“insuficiencia cardíaca con insuficiencia respiratoria y acidosis secundaria. Enfermedad renal crónica con hiperpotasemia”) requería hospitalización, así como de “los perjuicios que pueden ocasionarse al enfermo” -tal y como consta en la copia del alta voluntaria que obra en el expediente-, advirtiéndole en última instancia de que “el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y los médicos que le asisten quedan exentos de responsabilidad por las consecuencias que se deriven de este alta”. Asimismo, figura en el expediente el informe de alta de 17 de marzo

de 2015, cuyo contenido se ajusta a los requisitos establecidos en el artículo 3 de la citada Ley 41/2002, de 14 de noviembre; en concreto, los datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Por tanto, consideramos que el fallecido dispuso de toda la información necesaria para formar su voluntad, decidiendo finalmente firmar el alta voluntaria aun en contra del criterio médico, lo que obviamente tampoco puede achacarse a un "olvido" de la gravedad de su situación, como pretenden los reclamantes.

En segundo lugar, afirman los familiares del fallecido que "no hubo el más mínimo seguimiento del paciente durante su estancia en su domicilio, lo que le provocó inexorablemente el fallecimiento". Tampoco en este caso podemos atribuir la razón a los interesados, y ello por cuanto que de sus manifestaciones se infiere la reivindicación de un seguimiento que no fue programado, llegando incluso a requerir llamadas telefónicas y visitas a domicilio; actuaciones que no encuentran previsión en ninguno de los informes que se han incorporado al expediente. No podemos constatar que se haya producido la desatención del paciente, sino más bien lo contrario, ya que al recibir el alta se le indicó que en los días siguientes debería realizar una analítica -lo cual ya demuestra una intención de controlarle-, así como que sería citado en consultas externas -Cardiología y Nefrología-, a todo lo cual debe añadirse la encomienda de "control de factores de riesgo cardiovascular, con especial atención a las cifras de TA", y la prescripción de tratamiento farmacológico.

En cuanto a la intervención quirúrgica llevada a cabo el 14 de abril de 2015 -reartrodesis de calcáneo-tibial izquierdo-, los reclamantes entienden que "no se debió intervenir quirúrgicamente (al paciente) al presentar insuficiencia respiratoria grave, lo que desaconsejaba la operación del pie izquierdo". En contraposición con ello, el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología informa que fue valorado el 9 de abril de 2015 por el Servicio de Anestesia, siendo "apto para la intervención propuesta", y que se le administró "profilaxis

antiulcerosa, antibiótica (cefazolina 2 g) y analgesia (Paracetamol, Adolonta con ondansetrón y Enantyum)". A las 48 horas se solicitó valoración por el Servicio de Medicina Interna para seguimiento posoperatorio, dada su importante "comorbilidad", resultando la "evolución posquirúrgica sin complicaciones locales". El 21 de abril de 2015 es valorado nuevamente por el Servicio de Medicina Interna, no hallándose contraindicación alguna para el alta hospitalaria, por lo que causó alta ese mismo día. Sobre el riesgo quirúrgico en concreto, los especialistas que elaboran el informe médico-pericial explican que, "al tratarse de un enfermo con factores de riesgo y diagnóstico de aterosclerosis, el riesgo quirúrgico estaba aumentado y ello fue evaluado antes de cada intervención en las consultas de preanestesia, considerando que (...) era apto para ser anestesiado. Este enfermo tenía un riesgo ASA III, ya que tenía una enfermedad sistémica crónica activa. Hay que tener en cuenta que el tipo de anestesia que se hizo, epidural, tiene un riesgo mucho menor que la anestesia general. Por tanto el paciente tenía un riesgo quirúrgico discretamente aumentado, conocido y aceptado".

Por último, la familia del fallecido alega la ausencia de consentimiento informado, dado que "no se puede inferir la existencia de tal consentimiento de las hojas de la historia clínica ni, por supuesto, (de) un simple consentimiento de la anestesia". Sin embargo, la presunta ausencia de consentimiento informado constituye un hecho que no guarda relación con el daño alegado por los reclamantes. El consentimiento informado, como ha puesto de relieve la Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo, constituye una manifestación de la facultad de autodeterminación del paciente -facultad inherente a su derecho fundamental a la integridad física (artículo 15 de la Constitución)-, de modo que el daño moral que se anudaría a la insuficiencia de la información suministrada al paciente y la antijuridicidad de las lesiones producidas cuando falta el consentimiento informado originan un derecho que solo este puede invocar. En cualquier caso, aunque no obra en el expediente remitido el consentimiento informado para la intervención del 14 de abril de

2015, sí que existen diferentes documentos por los que el paciente otorga el consentimiento para anestesia, así como para la intervención llevada a cabo el 19 de diciembre de 2014, fecha en la que se le practicó también una “artrodesis tibio-calcánea izquierda”, por lo que deducimos que era conocedor de los riesgos de este tipo de intervenciones.

En definitiva, consideramos que se trata de un paciente con múltiples patologías que afectan a diferentes órganos y sistemas, en situación de enfermedad avanzada en todos ellos, y que “recibió en todo momento las atenciones médicas más adecuadas”, realizándose “los estudios complementarios necesarios” y practicándose “las intervenciones quirúrgicas pertinentes en función de atender su calidad de vida”, como señala el Director del Área de Gestión Clínica del Pulmón del Hospital A falta de datos adicionales sobre el fallecimiento del paciente, el mismo parece deberse a lo que se conoce como “muerte súbita”. Al respecto, en el informe médico-pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora se explica que “las causas de muerte súbita son múltiples, pero en este enfermo la causa más probable es un infarto agudo de miocardio, ya que era un paciente con todos los factores de riesgo y aterosclerosis de arterias coronarias”, añadiendo que “no es posible prevenir la aparición de un infarto agudo de miocardio por una cardiopatía isquémica que previamente no ha dado manifestaciones (...). Otras posibles causas de muerte súbita, como hiperpotasemia o embolismo pulmonar masivo, son muy poco probables”.

En esas condiciones, este Consejo considera que en el asunto examinado los interesados, a quienes corresponde la carga de la prueba de la relación de causalidad entre el actuar de la Administración sanitaria y el daño producido, no han aportado ningún informe o dato que permita sustentar sus reproches. A la vista de ello, compartimos la conclusión de la propuesta de resolución de que el hecho de que el paciente no ingresase el 17 de marzo de 2015 y firmase el alta voluntaria no tuvo influencia en el fallecimiento ocurrido un mes más tarde, ya que tras el alta y con el tratamiento administrado la evolución fue buena

-recordemos, a estos efectos, que el día 31 de marzo fue reevaluado por el Servicio de Cardiología refiriendo una “aceptable evolución clínica”-, desapareciendo las causas que hacían aconsejable el ingreso en aquel momento. Asimismo, todos los informes obrantes en el expediente concluyen que la actuación seguida con este enfermo fue correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*, por lo que no apreciamos la existencia de nexo causal entre la asistencia dispensada al familiar de los reclamantes y el funcionamiento del servicio público sanitario.

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.