



**Consejería de la Presidencia de la Junta de Castilla y León**  
**Ilmo. Sr. Director General de Relaciones Institucionales**  
**C/ Santiago Alba, 1**  
**47008 - VALLADOLID**

**Expediente: 3819/2021**

**Asunto: Protocolo de asistencia sanitaria a enfermos mentales / Resolución**

**Centro directivo: Consejería de Sanidad**

Ilmo. Sr.:

De nuevo nos dirigimos a V.I. en relación con el expediente que se tramita en esta Institución con el número arriba indicado, motivado en una queja recibida en esta Institución relativa a una situación particular, referencia a la que rogamos haga mención en ulteriores contactos que llegue a tener con nosotros.

Pues bien, considerando las reclamaciones que se presentan ante esta Institución en materia de salud mental, se aprecia que ha sido frecuente a lo largo de los distintos ejercicios la alusión a las dificultades del sistema asistencial para atender a los pacientes con enfermedades mentales graves que abandonan o rechazan los tratamientos médicos pautados.

No cabe duda que en la actualidad existen tratamientos farmacológicos eficaces que disminuyen de forma significativa la probabilidad de sufrir una recaída. Sin embargo, algunas patologías psiquiátricas exigen un tratamiento a largo plazo, ya que es relativamente frecuente la falta de conciencia de la enfermedad y el rechazo terapéutico.

Estas circunstancias suelen provocar la aparición de nuevos episodios psicóticos que, frecuentemente, requieren continuos internamientos hospitalarios, ya que la negativa de los pacientes a someterse a la medicación prescrita genera nuevas descompensaciones y recaídas psicóticas, con los riesgos que conlleva para el propio enfermo y posiblemente para terceros, siendo inevitables nuevos ingresos hospitalarios forzosos.

Este fenómeno, conocido como “puerta giratoria”, puede ser consecuencia, muy a menudo, no sólo de las características específicas de la persona enferma, sino también de la existencia de un sistema asistencial sin suficientes recursos de apoyo para los pacientes



graves y con una, también posible, falta de coordinación entre los ámbitos hospitalario y comunitario.

De suerte que esta Comunidad de Castilla y León cuenta con un Protocolo específico de gestión de casos en salud mental: PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DE SALUD MENTAL. Elaborado por la Gerencia Regional de Salud, parte de la idea de que el modelo de atención centrado en los procesos agudos no es el más adecuado para el paciente crónico, puesto que la respuesta a la cronicidad requiere de un modelo de atención integrado, capaz de responder a las necesidades plurales de los pacientes con enfermedad mental crónica y compleja.

Establece la proactividad como valor añadido desde el ámbito asistencial específico de salud mental, pretendiendo conseguir pacientes capacitados para el autocuidado y para afrontar y autogestionar su proceso de manera activa y autónoma y para adquirir un compromiso y responsabilidad sobre su propia salud. De esta forma, se establece como objetivo general la necesidad de garantizar la continuidad de cuidados, a través de la coordinación interdisciplinar, de aquellas personas con un trastorno crónico complejo en salud mental, contribuyendo a mejorar su estabilidad clínica, favoreciendo la autonomía e integración comunitaria y obteniendo como resultado una reducción de recaídas e ingresos hospitalarios. Y, más específicamente, evitar las interrupciones y/o abandonos de tratamiento y conseguir la adherencia del paciente al mismo y la continuidad terapéutica.

Este protocolo o procedimiento se ha convertido, pues, en un instrumento fundamental en esta Comunidad para mejorar la atención de estos pacientes en los que es habitual la falta de conciencia de enfermedad, la baja demanda asistencial y la escasa adherencia terapéutica.

No obstante su importancia y el alcance de sus resultados, lo cierto es que en el actual contexto de la asistencia psiquiátrica, en el que se ha desarrollado un relevante proceso de desinstitucionalización, persisten dificultades a la hora de lograr desde el sistema público de salud los citados objetivos en relación a un determinado grupo de personas con enfermedad mental: personas con trastorno mental severo, escaso o nulo reconocimiento de la enfermedad y reiterados fracasos terapéuticos (refractarios al tratamiento).

La propia experiencia de esta Institución confirma esta realidad, pues no han sido pocas las ocasiones en que se han recibido reclamaciones de familiares de pacientes psiquiátricos mostrando gran preocupación ante situaciones en las que la enfermedad mental de estas personas podía comportar peligrosidad para sí o para otros, hasta el punto de que, en ocasiones, se generaban actitudes violentas. Esto es, en ciertos casos los



tratamientos asertivos comunitarios resultan ineficaces o insuficientes para la estabilización de algunos pacientes, planteándose la posibilidad de instauración del tratamiento involuntario en este ámbito.

Esta realidad no es exclusiva de esta Comunidad Autónoma, sino que se manifiesta de forma semejante en el resto de este país, originando un serio debate sobre la idoneidad del **tratamiento involuntario en la atención a la salud mental** para resolver este tipo de problemas asistenciales.

Los defensores de esta modalidad de intervención terapéutica ponen énfasis en la necesidad de mejorar la atención a ese grupo limitado de pacientes, mediante un procedimiento que facilitaría un apoyo legal y del poder público a los profesionales para garantizar la toma de la medicación y el seguimiento periódico, sin necesidad de hospitalización. Esto es, un procedimiento menos coactivo que el internamiento, y que podría suponer una mejora en la adherencia al tratamiento y la evolución de estas personas con enfermedad mental con especiales dificultades de atención, por contar, entre otras, con las siguientes características positivas<sup>1</sup>:

1. Es una medida menos restrictiva de derechos personales que lo que se produce con el ingreso involuntarios.
2. Es también una medida mucho menos radical, menos compleja y rápida que un procedimiento de incapacitación; situación ésta que puede ser evitable, en muchos casos, si el enfermo toma regularmente el tratamiento prescrito.
3. Evita ingresos y recaídas, con la consiguiente disminución del sufrimiento personal, así como con la minoración también de costes económicos.
4. La posibilidad de imponer legalmente el tratamiento evitaría en gran medida su abandono en los pacientes ya incapacitados.
5. La continuidad del tratamiento consigue una estabilización más efectiva a los enfermos graves.
6. El seguimiento correcto del tratamiento no solo mejora la convivencia familiar, sino que además neutraliza las conductas violentas en ese entorno y en la sociedad en general.

---

<sup>1</sup> GARCÍA VICENTE, F; FUERTES ROCAÑIN, J.C. y RODRÍGUEZ LAINZ, J.L. “Necesidad de regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario en pacientes psiquiátricos”. Diario La Ley, Nº 9123, 22 de enero de 2018.



7. La posible ruptura de la «alianza terapéutica» (médico/paciente) que se podría producir es difícilmente comprensible y aceptable, cuando estamos precisamente ante personas cuya capacidad de introspección es mínima o inexistente, y cuando esta alianza no puede existir al no tener conciencia de enfermedad.

8. La imposición de un tratamiento médico en aquellos casos justificados y acreditados disminuiría la discriminación y el estigma social, ya que éste está basado, esencialmente, en aquellas conductas disruptivas del enfermo mental cuando no recibe tratamiento.

Así, llegó a considerarse la regulación normativa del TAI en los enfermos psiquiátricos como una medida altamente positiva y beneficiosa, pues el tratamiento involuntario ambulatorio normativizado impediría la excesiva discrecionalidad judicial, que en algunos casos podía llegar a la arbitrariedad. Habría, así, una seguridad jurídica completa, como en la autorización del internamiento involuntario, sin dejar a la plena discrecionalidad de los tribunales una medida médica y no jurídica.

De este modo, llegaron a tramitarse en las Cortes Generales iniciativas parlamentarias para regular esta cuestión, que sin embargo, finalmente, resultaron fallidas.

Así, en 2004 el Grupo Parlamentario Catalán presentó en el Congreso de los Diputados una Proposición de Ley, que fue admitida a trámite el 2 de julio de 2004, introduciendo un apartado 5º en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el que se regulaban los tratamientos ambulatorios involuntarios (TAI) con la siguiente redacción:

*5. “Podrá también el tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del facultativo, audiencia del interesado, informe del forense y del Ministerio Fiscal.*

*En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo, que deberá informar al juez, al menos cada tres meses, de su evolución y su seguimiento, así como la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento”.*

Ello, en cierta medida, venía a dar cobertura a prácticas que ya se venían dando en algunos territorios y que consistían en la autorización judicial de tratamientos involuntarios en la comunidad, a partir de una interpretación flexible del citado artículo 763.



Esta propuesta parlamentaria fue defendida por distintos estamentos sanitarios, profesionales y judiciales. Pero también cuestionada por algunas asociaciones de pacientes, al igual que por determinados profesionales juristas.

En su defensa se esgrimió la necesidad de contar con una “tercera vía” entre el internamiento forzoso y la incapacitación, que facultara a los tribunales a autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico y constituyera una herramienta a disposición del médico con todas las garantías procesales. Sin embargo, la propuesta resultaba imprecisa desde el punto de vista asistencial y clínico por distintos motivos:

- No se especificaban las causas que motivarían la medida, ni desde el punto de vista diagnóstico (sintomático) ni desde las consecuencias de la enfermedad (discapacidad).

- No se establecían criterios de fracaso del tratamiento previo, fijando el número de ingresos y los días de hospitalización requeridos para implantar la medida. Por lo tanto, no se daba una consideración a priori sobre las personas destinatarias del TAI, lo que podría dar lugar a una aplicación desmedida.

- Tampoco se especificaba la naturaleza o tipología del TAI, lo que sugería que pudiera ser tanto alternativo a la hospitalización como consecutivo o preventivo de la misma. Faltaba igualmente una referencia a la indicación de implantación de la medida en el caso de conductas lesivas para el paciente o para otras personas.

- No se fijaba una duración máxima.

- No se entraba en consideraciones sobre el tipo de tratamiento, su contenido (psicoterápico, psicofarmacológico) o la manera de verificar el cumplimiento del mismo.

- Tampoco determinaba los criterios de eficacia o ineficacia, las actuaciones a emprender para garantizar el cumplimiento o las medidas a adoptar en caso de que el paciente no acatase la resolución.

- Y, por último, también quedaban sin determinar los criterios que debían indicar la necesidad de sustituir o complementar el TAI con otras medidas, como la hospitalización o la incapacitación.

Pues bien, dicha Proposición de Ley fue finalmente retirada, ya que el Gobierno de la Nación decidió introducir tal regulación en el Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria que en aquél entonces estaba elaborando, incluyendo una serie de artículos que regulaban el tratamiento del enfermo mental cuando no existía el cumplimiento y adherencia adecuada al mismo.



Sin embargo, este Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria, que fue remitido a las Cortes Generales en el año 2006, fue rechazado en su última fase de tramitación en el Senado, en octubre de 2007, entre otras razones por el hecho de no poder regularse un derecho fundamental, ni tan siquiera parcialmente, en una ley ordinaria.

No obstante lo anterior, la doctrina científica en general ha considerado que en nuestro ordenamiento jurídico existen normas sustantivas suficientes para dar cobertura a una regulación más detallada de esta modalidad. Concretamente, se alude a tres normas:

a) El Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, ratificado por Instrumento de 23 de julio de 1999, en el que varios de sus artículos abordan la intervención urgente en casos de enfermedad mental, justificando cualquier tipo de intervención que sea necesaria, y no únicamente el internamiento urgente.

b) La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, cuyo artículo 9 contempla el consentimiento por representación para aquellos enfermos que no sean capaces de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado psíquico no le permita hacerse cargo de la situación.

c) La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que también contiene previsiones similares, aunque en términos más genéricos y básicos, particularmente en su artículo 20 en lo referido a la atención comunitaria.

A la normativa básica estatal, hay que añadir las correspondientes leyes autonómicas que abordan los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.

Así, para esta doctrina científica, la solución pasa, simplemente, por desarrollar las citadas normas legales, pues sus previsiones legales permiten actuar al médico-psiquiatra sin consentimiento ante una situación de riesgo grave para la integridad psíquica del enfermo, así como solicitar el consentimiento por representación de los familiares para aplicar un tratamiento involuntario a una persona que no sea capaz de prestar su consentimiento, ya que la existencia de un particular estado mental le impide momentáneamente percibir y aceptar el tratamiento cuando éste es necesario.

En efecto, tanto el Convenio de Oviedo como la Ley 41/2002, establecen como principio general, el respeto (siempre que sea posible) a la autonomía de la persona y, su capacidad de autodeterminación. Y, en segundo lugar, la posibilidad de actuar sin consentimiento u obtener el consentimiento por representación familiar cuando el paciente se muestre incapaz de tomar decisiones y el criterio médico aconseje aplicarle



un tratamiento que el mismo rechaza. La autorización judicial quedaría limitada, en todo caso, a supuestos muy excepcionales e inusuales en los que hubiera de utilizarse la fuerza física, con la cobertura del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil<sup>2</sup>.

Por el contrario, siguen existiendo sectores profesionales y de la ciudadanía partidarios de la regulación legal específica del tratamiento médico no consentido por los enfermos mentales, como una medida que puede mejorar la atención a un grupo indeterminado de personas afectadas por trastornos mentales graves: personas con severas dificultades en distintos aspectos de su desenvolvimiento personal y social, en ocasiones con conductas disruptivas y que plantean graves problemas de atención y seguimiento en los contextos habituales de los servicios de salud mental, con hospitalizaciones reiteradas, sobrecarga familiar y frecuentes complicaciones e incidencias en el ámbito judicial.

En defensa de este criterio, **las Defensorías del Pueblo estatal y autonómicas han manifestado la conveniencia de desarrollar en el ordenamiento jurídico una norma, con rango de ley orgánica, que regule adecuadamente, y con todas las garantías, las medidas de restricción de la libertad que pueden llegar a imponerse por razones no punitivas y bajo control judicial**, es decir, motivadas por unas concretas y excepcionales circunstancias de salud, dado el marco limitado que ofrece actualmente el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Desde esta perspectiva, no obstante, los Defensores del Pueblo<sup>3</sup> hemos entendido que esta regulación del tratamiento ambulatorio involuntario debería conjugar el respeto a los derechos del paciente y la eficacia terapéutica, debiendo concurrir una serie de principios jurídicos rectores mínimos en este sentido:

Principio de respeto a la dignidad personal y a los derechos humanos. Todo tratamiento o medida de intervención involuntaria ha de ser respetuoso con el principio de dignidad personal y con los derechos humanos. Toda limitación de tales derechos habrá de legitimarse en aplicación del resto de los siguientes principios y justificarse en cada caso concreto.

Principio de legalidad. Los tratamientos forzosos, en la medida en que suponen la restricción de derechos y libertades fundamentales deben contemplarse en normas con rango formal de ley. La utilización de medidas/medios coercitivos en Psiquiatría supone,

---

<sup>2</sup> El Tribunal Constitucional, mediante la STC 132/2010, declaraba inconstitucional los párrafos 1 y 3 del artículo 763. Aunque dicho Tribunal no declaró nula la medida del internamiento involuntario, solicitaba una reforma para evitar ese vacío legal dejado con su inconstitucionalidad. Lo que se solucionó a través de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, dotando al citado precepto de carácter orgánico y dejando de ser inconstitucional.

<sup>3</sup> XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo (2012).



cualquiera que sea la justificación/legitimación de los mismos, una restricción de la libertad personal, como restricción de la libertad ambulatoria (art. 17 CE) y/o como limitación del derecho general de libertad (art. 1.1 CE). Al margen de un diferente sistema de protección, ambas libertades sólo pueden restringirse en virtud de una norma legal.

Principio de necesidad. La llamada “indicación terapéutica” alude a la necesaria concurrencia del hecho clínico y la idoneidad subjetiva para la aplicación del tratamiento forzoso. Ello enlaza con el beneficio directo del paciente, como destinatario del programa, debiendo quedar relegados a un segundo término las consecuencias colaterales que proporciona el mismo (orden y seguridad).

Principio de congruencia. El tratamiento sanitario ha de ser proporcional y razonable en relación a los medios disponibles y a la finalidad (siempre sanitaria) que se pretende. Es preciso examinar, por una parte, la gravedad del peligro/desorden y, por otra, el valor jurídico del bien (libertad) que se limita. En este sentido, un programa TAI deberá estar suficientemente justificado y especialmente referido a la motivación de la adopción de esta alternativa.

Principio de prohibición de exceso. Entre diferentes medios o medidas posibles a fin de conseguir un determinado resultado (en este caso la minoración o supresión del peligro de daño propio o ajeno) deberá optarse por el que cause menor daño, origine menos molestias y afecte de la manera menos intensa la libertad. Las restricciones de la libertad personal del paciente deben limitarse únicamente a las que son necesarias debido a su estado de salud o para el éxito de su tratamiento, sin que quepa acudir a una fórmula involuntaria por falta de recursos asistenciales.

Principio de temporalidad y programación. La aplicación de un programa de TAI ha de tener una limitación temporal, sin perjuicio de las prórrogas que sean necesarias. Detectada la idoneidad del paciente para someterse a un programa de tratamiento ambulatorio, y cumplimentados los estudios pertinentes, es preciso programar tiempos y actuaciones asistenciales.

Principio de idoneidad de medios. Los medios materiales y los recursos personales que intervienen en la aplicación del TAI han de ser los idóneos, lo que remite al plano de la adecuación de los medios y recursos personales y materiales.

Principio de asistencia y cuidado. El cuidado y la evaluación facultativa periódica devienen inevitables cuando de implantación de un medio o medida coercitivos se trata, teniendo el paciente derecho a ser tratado con humanidad y a que se respeten las normas éticas pertinentes de los profesionales de salud mental.



Principio de documentación de actuaciones. El empleo de medios y tratamientos coercitivos requiere, en cualquier caso, la documentación de las intervenciones clínicas desde el inicio (propuesta de programa de aplicación), su puesta en vigor (evaluaciones periódicas, revisiones clínicas), hasta la puesta a término del programa por la causa que fuere (incumplimiento del paciente, estabilización de su estado...). Estamos ante actuaciones sanitarias que, como cualquier otra, deben documentarse (artículo 2.6 Ley 41/2002).

Principio de participación. Este principio también debe estar vigente en los programas de TAI, ya que parece oportuno que el paciente conozca a fondo la propuesta y sus motivaciones. Aprovechar los momentos de competencia del paciente para hacer tal exposición, parece obligado.

Pero hay que tener presente también que las opiniones existentes en la sociedad sobre la conveniencia de desarrollar una regulación específica de los TAI son diversas y objeto de controversias, lo que hace imprescindible que ese debate encuentre los puntos necesarios de consenso para su aprobación parlamentaria.

Así pues, como punto de partida, se trataría de considerar desde la Administración de esta Comunidad Autónoma si, conforme a las anteriores reflexiones, resulta necesaria para este ámbito territorial una norma específica para la regulación del tratamiento ambulatorio involuntario en el ámbito de la salud mental, para dotar al sistema actual del instrumento jurídico necesario para mejorar el control y estabilización clínica de algunos trastornos mentales graves.

Los aspectos que deben ser considerados para valorar la normativización del tratamiento ambulatorio no voluntario del enfermo mental, son los siguientes<sup>4</sup>:

- Los enfermos mentales en ocasiones presentan una ausencia de conciencia de enfermedad; es decir, no reconocen como trastorno lo que sí es.
- Los tratamientos psicofarmacológicos en muchos casos son sintomáticos y no etiológicos, por lo que habitualmente son de larga duración cuando no de carácter indefinido.
- Dada la ausencia de conciencia de enfermedad en algunos casos, se originan problemas para conseguir adherencia terapéutica (convencimiento por parte del enfermo

---

<sup>4</sup> GARCÍA VICENTE, F; FUERTES ROCAÑIN, J.C. y RODRÍGUEZ LAINZ, J.L. “Necesidad de regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario en pacientes psiquiátricos”. Diario La Ley, Nº 9123, 22 de enero de 2018,



de la utilidad del tratamiento), así como el necesario cumplimiento terapéutico (ingesta de la dosis en la forma prescrita).

- La suspensión del tratamiento (con frecuencia de forma brusca e intempestiva), sobre en todo en los llamados trastornos psicóticos, origina una recaída que, a su vez, puede producir la llamada «alarma social».

- La recaída de la enfermedad, además del sufrimiento en el enfermo y en su entorno, origina el continuo ingreso en unidades de agudos con la consiguiente estigmatización del paciente y familia, además de un incremento en el gasto sanitario.

- Dadas las características sintomáticas de algunos procesos psicóticos, donde hay ideas delirantes de perjuicio y persecución, es frecuente que se produzca alteración del orden, violencia gratuita, malos tratos, violencia de género e incluso lesiones tan graves como puede ser el homicidio.

- Hay múltiples estudios que constatan y verifican que la continuidad del tratamiento psicofarmacológico es el mejor profiláctico de las conductas violentas auto y heteroagresiva, así como la mejor forma de reducir los ingresos en unidades de agudos y de media estancia.

Por todo ello, y al amparo de las facultades conferidas por el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y por la Ley 2/1994, de 9 de marzo, del Procurador del Común, consideramos oportuno formular la siguiente **Resolución**, recomendando la adopción de las siguientes medidas:

**1. Valorar si las normas legales de aplicación en esta Comunidad Autónoma son suficientes para dar cobertura al desarrollo de una regulación más detallada del tratamiento ambulatorio involuntario en el ámbito de la salud mental en Castilla y León, conjugando en todo caso en su aprobación el respeto a los derechos del paciente y la eficacia terapéutica.**

**2. En el supuesto de no considerar suficiente la regulación actual para dotar al sistema sanitario del instrumento jurídico necesario en este ámbito asistencial, dar traslado o plantear ante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el estudio de la conveniencia de una regulación específica del TAI, mediante ley orgánica, con la finalidad de mejorar la continuidad de la asistencia psiquiátrica de forma común en todo el territorio nacional, mediante la creación de una comisión o grupo de trabajo de expertos en la materia. Y de llegarse a un acuerdo partidario de dicha norma legal, se traslade como recomendación que al respecto fuera aprobada a los organismos competentes para su decisión parlamentaria.**



**3. En cualquiera de los dos casos, la regulación de los TAI debe ir acompañada de una red asistencial suficiente que haga posible su efectiva aplicación. Lo que exige mejorar la dotación y funcionamiento de los recursos para obtener una respuesta adecuada en este tipo de intervenciones.**

**Se ha de tener en cuenta, en todo caso, que con carácter previo a la aplicación de este tipo de tratamiento involuntario es preciso agotar las medidas alternativas menos restrictivas, utilizando adecuadamente todos los recursos disponibles para alcanzar (dentro del Proceso de atención al paciente crónico complejo de salud mental) la rehabilitación del enfermo en el ámbito ambulatorio y de la comunidad, mediante la aplicación de tratamientos multidisciplinares y programas individualizados de rehabilitación psicosocial, con un consenso entre el profesional y el paciente, y estableciendo los mecanismos que hagan efectivos los derechos de la ciudadanía para que el trato sea respetuoso y puedan conjugarse los deberes de los profesionales de la salud con los derechos de los pacientes en todos los actos asistenciales.**

Esta es nuestra resolución y así se la hacemos saber, con el ruego de que nos comunique de forma motivada la aceptación o no aceptación de la misma por parte del órgano que corresponda de la Consejería de Sanidad en el plazo de dos meses, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Reguladora de la Institución.

Una vez realizadas las comunicaciones oportunas, se acuerda publicar la presente Resolución en la página web de esta Institución, previa disociación de los datos de carácter personal que contuviera.

Pendiente de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

EL PROCURADOR DEL COMÚN

Tomás Quintana López