

Expediente Núm. 220/2017
Dictamen Núm. 265/2017

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 26 de octubre 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 4 de julio de 2017 -registrada de entrada el día 12 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados de la frustración de las expectativas de crecimiento del menor que imputa tanto al seguimiento de la gestación como al control pediátrico posterior por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 19 de octubre de 2016, la interesada presenta en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Salud del Principado de Asturias- por los daños derivados del escaso

crecimiento de su hijo, que atribuye a la atención prestada durante la gestación y al control pediátrico posterior por parte del sistema público.

Refiere que al niño, nacido el 30 de diciembre de 1999, se le diagnosticó al momento del alumbramiento "crecimiento intrauterino retardado grave (CIR)", significando que la causa de dicho retraso en el crecimiento fue "aloimmunización anti D" producida al presentar la madre Rh negativo y el feto positivo.

Señala que "al ser primigesta, y en la creencia de que en un primer embarazo hay muy poco peligro para un feto Rh+ porque el bebé generalmente nace antes de la exposición al antígeno (...), no se administró a la madre ninguna medida preventiva, como hubiera sido la vacuna en la semana 28 de la gestación que muchos obstetras recomiendan en cualquier caso. Sin embargo, por razones que nunca se nos han explicado, bien por tener antecedentes transfusionales la madre, bien por haber podido tener algún aborto espontáneo del que no hubiera sido consciente, el caso es que la madre desarrolló los anticuerpos al Rh positivo del feto. Aquí ya existe una primera causa de imputación de responsabilidad a los servicios de salud, pues dado que existe riesgo debió de preverse./ En la anamnesis del embarazo de la compareciente ni siquiera se le preguntó por el Rh del padre a fin de si fuera, como era, positivo, haber tomado las oportunas medidas preventivas. Como tampoco se le preguntó si había recibido transfusiones de sangre, como así había ocurrido en el mes de enero de 1996, y, aunque parece ser que lo fueron del grupo 0 negativo, lo cierto es que la compareciente desarrolló los anticuerpos, por lo que bien hubiera podido ocurrir como explicación plausible (...) que dicha sangre estuviera `contaminada´ con anticuerpos frente al Rh positivo./ Ignoramos la causa, pero lo cierto es que el 30 de noviembre de 1999 la dicente, pese a ser primigesta, es etiquetada de aloimmunización anti D, lo que determinó finalmente el nacimiento prematuro por cesárea, que se produce el 30 de diciembre de 1999, naciendo un bebé diagnosticado como CIR (...). Dado este preocupante y peligroso diagnóstico, se le vuelve a citar en el Banco de

Sangre para controlar la evolución del anti D el día 17 de diciembre. En este día ya se había producido un incremento peligroso del título anti D, pese a lo cual, incomprensiblemente, se le aconseja continuar el embarazo y se le vuelve a citar en enero./ Sin embargo la compareciente, inquieta e intuyendo que el bebé estaba en peligro, decide obtener una segunda opinión". El médico al que consulta "le ordena el inmediato ingreso hospitalario para practicarle una cesárea de urgencia, ingresando la dicente el 28 de diciembre y naciendo (su hijo) en estado de extrema gravedad, con un importante retardo en su crecimiento. Probablemente no habría sobrevivido muchos días más en el útero materno".

Indica que su hijo, "a consecuencia de su nacimiento prematuro y su diagnóstico de recién nacido etiquetado como CIR, durante los primeros dos años de vida no entraba siquiera en las curvas del percentil correspondiente a su edad./ Como era lógico y natural, en la historia clínica (...) debía constar este diagnóstico natal, esto es, su condición de CIR, puesto que, como es sabido, estos niños son propensos a múltiples complicaciones y necesitan una mayor y especial vigilancia en cuanto a la evolución de su crecimiento (...). Sin embargo, incomprensiblemente, en la historia clínica de Pediatría del menor (...) que obra en el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) no se hace constar este importante y grave diagnóstico a fin de que fuera tenido en cuenta en su futuro desarrollo y patologías (...). No obstante, en cada una de las revisiones pediátricas que efectuaban al menor la compareciente insistía en la condición de CIR de (su hijo), demandando información y preguntando en numerosas ocasiones si por haber sido CIR el niño iba a tener una menor estatura que la que por genética le correspondía. La respuesta siempre fue que no, tan solo en una ocasión se le dijo que "podía perder un par de centímetros respecto de su talla diana". Ante ello, y comoquiera que el niño iba creciendo e incorporándose poco a poco al percentil (si bien en el nivel 3), la compareciente estaba tranquila, confiada, como no podía ser de otro modo, en la profesionalidad y diligencia de los profesionales que asistían al menor (...). Aproximadamente en

la barrera de los 11 años y medio el niño, que siempre había permanecido en los más bajos niveles del percentil (3), entra repentinamente en el 40/50; circunstancia que, ahora sabemos erróneamente, relaja a la madre, pensando que por fin se comenzaba a igualar su crecimiento con el que genéticamente le correspondía. Sin siquiera imaginar que ese era precisamente el dato revelador de que (...) estaba desarrollando una pubertad precoz y acelerada propia de los niños que nacen con este diagnóstico (...). Entretanto, y como se puede comprobar con la historia médica, el niño acude a todas las revisiones pediátricas establecidas (8, 10, 12, 13 y 14 años), donde es pesado, medido y examinados sus órganos genitales”.

Refiere que “aproximadamente hace un año la compareciente se empieza a percatar de que el crecimiento de (su hijo) se ralentiza hasta llegar a estancarse durante varios meses en 159 centímetros./ Preocupada por ello, solicita inmediata cita” en un especialista privado. Este facultativo “revisa a (su hijo), comprueba su desarrollo puberal y le hace la radiografía de muñeca para cerciorarse de si los cartílagos de crecimiento están o no cerrados, su diagnóstico es claro y tajante: (el paciente) ha terminado su crecimiento. Ha tenido una `pubertad precoz´ o `desarrollo puberal acelerado´, que es una de las secuelas de haber nacido con el diagnóstico de CIR. Hubiera debido paralizarse hormonalmente dicho desarrollo puberal a fin de alongar su periodo de crecimiento o, en su caso, haberlo tratado con la hormona del crecimiento humano. Para ambas cosas era ya demasiado tarde./ Su diagnóstico es `talla baja patológica, que va a mantener en el periodo de crecimiento que le queda de 1½ años”.

Explica que “el diagnóstico provoca un terrible impacto tanto en la compareciente como, sobre todo, en su hijo (...), provocando al menor una grave crisis depresiva de la que aún no se ha repuesto y de la que se encuentra en tratamiento en una clínica privada”.

Considera “evidente” que “por haber nacido con diagnóstico de crecimiento intrauterino/pequeño para edad gestacional” su hijo “debería haber

sido objeto de un adecuado y especial seguimiento por los servicios médico-pediátricos del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) a fin de pautarle, si se presentaba, como así aconteció, una pubertad adelantada -que se asocia con frecuencia en los CIR- una frenación de la misma, lo que no se hizo. Además, con un tratamiento hormonal más precoz indudablemente podría haber mejorado y (...) conseguir un 15 a 20 % de beneficio para acercarnos a la talla diana familiar de 177,5 cm (...). Por razones que escapan a nuestra comprensión, (el niño) no fue objeto del especial seguimiento pediátrico (...) y, pese a que la compareciente siempre lo manifestaba interesándose por la evolución de su hijo, nunca tomaron ninguna medida preventiva ni paliativa, pese a que tenían que constatar necesariamente que el niño no subía de percentil 3 de estatura en toda su vida. Tampoco cuando repentinamente con 11 años pasa al percentil 50, al tiempo que el desarrollo puberal denotaba que la pubertad estaba llegando inexplicablemente a su fin, siguieron sin advertir esa precocidad en el desarrollo a fin de prescribirle el correspondiente tratamiento hormonal./ Este proceder, que a nuestro entender es palmariamente negligente y evidencia una omisión grave de sus deberes y obligaciones profesionales, determina la inexistencia de otra alternativa actual para paliar este problema en lo posible que la grave y complicada intervención quirúrgica (a realizar en dos fases) a fin de que el niño pueda llegar a una talla que se aproxime siquiera (nunca la alcanzará) a su talla diana a fin de evitarle el gravísimo perjuicio, tanto moral y personal como social, que implica para un varón el tener una estatura inferior incluso a la media para las mujeres en nuestro país”.

Reseña que, puesto que “la Seguridad Social no financia (el) tratamiento quirúrgico de elongación ósea si no es para pacientes con acondroplasia o diferente longitud o malformaciones de extremidades”, acuden a una clínica privada en la que, con fecha 28 de julio de 2016, se procede a efectuar el tratamiento quirúrgico, “siguiendo actualmente tratamiento rehabilitador y pendiente aún del segundo tiempo quirúrgico sobre la extremidad inferior

izquierda". Hasta la fecha, según señala, pueden acreditarse 41.395,01 € de gastos en dicha atención sanitaria, "sin contar con los (...) del desplazamiento y estancia de la compareciente", a los que "habrá que sumar el segundo tiempo quirúrgico, cuyo coste aún no se ha asumido, pues se está pendiente de su práctica".

Manifiesta que "la pretensión sostenida (...) consiste, por lo tanto, en la indemnización de los daños y perjuicios causados como consecuencia de anormal funcionamiento de los servicios sanitarios y las graves secuelas materiales, morales y psicológicas originadas al menor, así como indemnizar el coste de la intervención quirúrgica a fin de minimizar el daño (...), la posterior rehabilitación y demás gastos derivados de la misma".

Concreta la petición indemnizatoria en las siguientes partidas: "el abono a (la madre) de todos los gastos médicos que deba invertir en los tratamientos quirúrgicos paliativos a fin de que el menor pueda alcanzar una estatura que se aproxime a los parámetros normales para los varones en la actualidad, y que en este momento asciende al importe de 41.395,01 € (...), además de los gastos de desplazamiento y estancia de la compareciente en Barcelona para atender y cuidar a su hijo menor, y sin perjuicio de los gastos que se acrediten durante la tramitación de este procedimiento, cuya cuantía no podemos concretar en detalle aún./ La indemnización (al menor) por todos los días que permanezca de baja médica a consecuencia de dicha solución quirúrgica paliativa, a razón de 71,84 €/día de ingreso hospitalario y 58,41 €/día de no ingreso hospitalario./ La indemnización (al hijo) por el daño moral sufrido en su adolescencia a consecuencia de la negligencia médica de que fue objeto, que prudentemente ciframos en 50.000 euros./ La indemnización (al menor) por su talla baja patológica a consecuencia de la negligencia médica de que fue objeto, que, conforme al baremo que figura como anexo del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, que nos puede servir como orientativo, fijamos en 50 puntos de perjuicio

fisiológico y 25 puntos de perjuicio estético, lo que determina una suma indemnizatoria por este concepto de 148.942,75 euros./ La indemnización a (la madre) por el daño moral e impacto emocional al ver a su hijo en tal situación (...), que prudentemente ciframos en 25.000 euros”.

Solicita que se incorpore al expediente una copia de las historias clínicas completas del niño y de la madre en los Servicio de Neonatología y de Obstetricia y Ginecología del Hospital así como la historia pediátrica del hijo obrante en el centro de atención primaria correspondiente. Al escrito adjunta copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Diversos informes médicos sobre la atención recibida en el sistema sanitario público. b) Informe librado por un especialista en Endocrinología, Pediatría y Medicina Interna, con fecha 23 de octubre de 2015, en el que señala que el paciente presenta un “desarrollo puberal en el estadio III de Tanner”, y que “en el crecimiento debido a su prematuridad presentó una pubertad adelantada un año y medio antes, o sea inició a los 11 años y medio (...). Debido al pronóstico de talla de 161 a 162 cm, y teniendo en cuenta la poca mejoría que se podría obtener con la GH, ya que cuando me consultó solo tenía de uno a dos cm por crecer y por tanto con la GH poco podía mejorar./ A todo ello asoció una pubertad adelantada, que se asocia con frecuencia en los CIR y se podría haber efectuado una frenación de la misma. Además, con un tratamiento hormonal más precoz indudablemente podría haber mejorado y (...) conseguir un 15 a 20 % de beneficio para acercarnos a la talla diana familiar de 177,5 cm. Debido a ello le he aconsejado a la familia la posibilidad, cuando se termine el crecimiento dentro de 2 años aproximadamente, realizar un alargamiento óseo para mejorar el pronóstico de su talla”. c) Informe de alta de una clínica privada, del que resulta que el menor se sometió a una intervención de “alargamiento tibial/femoral simultáneo EI dcha.” el día 28 de junio de 2016. d) Facturas y justificantes de transferencias bancarias correspondientes a honorarios médicos, medicamentos, artículos de ortopedia, vuelos en avión y fisioterapia. e) Libro de Familia.

2. Mediante oficio de 14 de noviembre de 2016, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas notifica a la interesada 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.

3. El día 16 de noviembre de 2016, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto comunica a las Gerencias del Área Sanitaria III la presentación de la reclamación y solicita una copia de las historias clínicas de los perjudicados y un informe de los servicios intervinientes (Obstetricia y Ginecología y Pediatría del Hospital y Pediatras de los Centros de Salud de `A` y de `B`) en relación con su contenido.

4. Mediante oficio de 21 de diciembre de 2016, el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III envía al Inspector de Servicios y Centros Sanitarios una copia de las historias clínicas solicitadas junto con los informes de los Servicios de Ginecología y Pediatría del Hospital y de los Centros de Salud de "A" y de "B".

En el informe librado por el Responsable en funciones del Servicio de Pediatría del Hospital el 30 de noviembre de 2016 se indica que "el paciente fue seguido hasta los 8 meses de edad en consultas externas de Pediatría, observando un buen desarrollo psicomotor, por lo que fue dado de alta para continuar su seguimiento en Atención Primaria. Como se señala en la reclamación, los niños pequeños para su edad gestacional tienen un riesgo más elevado de alteraciones del crecimiento, del desarrollo puberal y del desarrollo psicomotor, aunque lo cierto es que la gran mayoría de ellos se desarrollan con normalidad./ La preocupación por el seguimiento de los nacidos pequeños para la edad gestacional ha ido aumentando progresivamente en los últimos años dentro de la comunidad pediátrica. Aun así, en general se considera que este seguimiento puede realizarse desde la Pediatría de Atención Primaria, dado que

los controles de crecimiento, desarrollo puberal y psicomotor forman parte de los programas de salud infantil a través de las revisiones rutinarias establecidas. Respecto a los problemas planteados en la reclamación, actualmente se consideran los siguientes supuestos para la remisión posterior de estos pacientes desde Atención Primaria a una consulta de Endocrinología Pediátrica:/ Si a los 4 años de edad mantienen una talla por debajo de -2 desviaciones estándar (percentil 3). Hay que señalar que esta indicación hace referencia a la posibilidad de tratamiento con hormona de crecimiento, indicación que no fue aprobada en Europa hasta el año 2003. Este mismo criterio fue utilizado posteriormente por el Ministerio de Sanidad como condición para autorizar la financiación del tratamiento./ Niños varones menores de 10 años en los que aumente el volumen testicular por encima de 4 ml, o menores de 9 años en caso de aparición de vello púbico./ De los datos aportados en la reclamación no se puede deducir que el menor cumpliera ninguno de estos criterios, ya que se indica que se alcanzó el percentil 3 de talla y posteriormente se mantuvo entre los percentiles 3 y 10. El estirón puberal incompleto se produjo a los 11 años de edad, es una circunstancia habitual en niños con PEG, que por si solo tampoco indica necesidad de tratamiento”.

En el informe de la Pediatra del Centro de Salud de “A”, fechado el 1 de diciembre de 2016, consta que “el paciente ha sido atendido en la consulta de Pediatría de desde los 8 años hasta los 13 años. Ha acudido a revisión a los 8 años cuando se ha medido, alcanzando la talla un percentil 5 (normal desde el percentil 3). A los 10 años, una talla en el percentil 10 para su edad. Y (a) los 13 años (...) una talla de 154 cm, un percentil 25-50 para su edad./ La evolución del crecimiento ha sido satisfactoria hasta entonces”.

La Pediatra del Centro de Salud “B” suscribe un informe, el 9 de diciembre de 2016, en el que refleja que el niño fue atendido en dicho centro desde agosto de 2002 hasta diciembre de 2006. En él “realizó la revisión correspondiente a los 3 años”, en la que presentaba “una somatometría de peso de 12,3 kg (P3-10) y talla 89,2 cm (P3-10)”. Asimismo, en la revisión de

salud de los 6 años se comprobaron los siguientes parámetros: “peso 18 kg (P10-25) y talla 108,7 cm (P10-25). Índice de masa corporal (IMC) 15,23 (P25-50)”. Seguidamente señala que “la inclusión del crecimiento intrauterino retardado (CIR) como susceptible de tratamiento con hormona de crecimiento no tiene lugar hasta 2008 (criterios para la utilización racional de la hormona de crecimiento en niños, aprobados el 30 de mayo de 2008 de Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Comité Asesor para la hormona del crecimiento)”. Reseña que “en el apartado 5 del documento (en el que se fijan los criterios) se describen los criterios auxológicos de inclusión en la situación CIR. Dentro de ellos, en el apartado 1.2 se dice: `No haber tenido a los 4 años de vida recuperación de crecimiento, debiendo aportar al menos dos referencias somatométricas con intervalos de 6 meses o más entre los 0 y los 2 años, y otras dos entre los 2 y 4 años de edad´”, significando que “en la revisión correspondiente a los 3 años de edad (el niño) (...) se encontraba en percentil 3-10, tanto en peso como en talla: la recuperación de crecimiento se había producido, por lo que queda fuera de inclusión por incumplimiento del punto 1.2”.

Con fecha 16 de diciembre de 2016, el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital informa que “la aloinmunización anti-D es la respuesta inmune de una mujer Rh negativa ante el contacto con hematíes Rh positivos./ La sensibilización de una mujer Rh negativa frente al antígeno D puede producirse en las siguientes circunstancias:/ Mediante transfusiones de sangre u otro tipo de hemoterapia con sangre Rh positivo./ Trasplante de órganos./ Intercambio de agujas./ Durante el embarazo y parto: en este caso se produce cuando un número suficiente de eritrocitos procedentes de un feto Rh positivo consigue acceder a la circulación de su madre Rh negativa, existiendo una relación directa entre dicho volumen de sangre fetal y la respuesta inmune de la madre (...). Una vez que la madre Rh negativo tiene contacto con el antígeno desarrolla anticuerpos de forma lenta después de varias semanas del contacto (...). Lo más frecuente es que los anticuerpos IgG

aparezcan a los 6 meses del parto (...). El control de una gestante Rh negativa durante el embarazo consiste en la determinación en la primera visita prenatal de su grupo ABO, el Rh y escrutinio de anticuerpos irregulares mediante test de Coombs indirecto. De ser negativo se repetirá en las semanas 28 y 32. Estas determinaciones se realizan en todas las gestantes Rh negativas independientemente del grupo de la pareja, salvo que haga constar expresamente que también sea Rh negativo (...). En el caso (de que se trata) la determinación de test de Coombs en la primera visita prenatal dio resultado negativo, así como la segunda determinación realizada en la semana 24. En la semana 32 es cuando aparece un título positivo débil (1/16) que, de acuerdo con los protocolos (...), se considera no asociado a enfermedad hemolítica fetal. En la posterior determinación (semana 35) se objetiva elevación del título (1/32) pero, dado que no había signos de anemia fetal, no estaba indicado en ningún momento extracción fetal inmediata sin antes alcanzar al menos la semana 37 de gestación”.

Explica que, “según los protocolos existentes en la actualidad, el control de un feto diagnosticado como CIR implica el estudio Doppler de vasos fetales y arterias uterinas, lo cual representa un instrumento importante para graduar la severidad del CIR, ya que permite objetivar el grado de afectación placentaria, el nivel de redistribución y el grado de compromiso cardíaco./ Este sistema de control aún no estaba validado en el momento de la gestación que nos ocupa para su aplicación en la práctica clínica diaria, de modo que, ante el hallazgo de feto pequeño que en estudios sucesivos se etiquetó de CIR, se planteó finalizar la gestación una vez alcanzada la semana 37, tratando de evitar la prematuridad como factor que agravaría el pronóstico de un feto comprometido en su crecimiento intraútero./ Una vez revisados los resultados de los diferentes estudios realizados (...) se observa que, tras la ecografía realizada en la semana 20 con resultado normal, el siguiente estudio pautado se realizó según protocolo en (el) tercer trimestre (semana 32), y ahí es cuando se sospecha la existencia del retraso de crecimiento. Según lo mencionado anteriormente, no

se disponía en la práctica clínica de estudio Doppler, pero la descripción del grado de madurez placentaria III en las citadas semanas permite afirmar que la muy probable causa del retraso de crecimiento haya sido la insuficiencia placentaria, que se reflejaría en un escaso aporte sanguíneo a través de las arterias umbilicales./ Estos datos sitúan al feto (...) como un CIR tipo I (...), salvo empeoramiento de los signos indirectos de bienestar fetal (cantidad de líquido amniótico, movilidad fetal), por lo que se aconseja demorar su extracción hasta la semana 37, evitando así el mal pronóstico añadido de la prematuridad”.

Concluye que “el manejo de la gestante (...) tras el diagnóstico de isoimmunización fue adecuado, y que en ningún caso el retraso de crecimiento intrauterino está relacionado con dicho proceso”. Al informe adjunta, como anexos, la Guías prácticas de asistencia en materia de isoimmunización eritrocitaria y de crecimiento intrauterino restringido elaboradas por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia -actualizadas en 2008 y enero de 2009, respectivamente- y la Guías clínicas de isoimmunización y defectos del crecimiento fetal del Hospital Clínic de Barcelona.

5. Con fecha 21 de marzo de 2017, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe cuatro especialistas en Pediatría. En él refieren que “en los niños PEG la cronología de la pubertad suele ser normal, aunque en general su talla adulta es inferior a la talla diana (...). El crecimiento en la pubertad puede ser menor de lo anticipado, por lo que la estatura en la vida adulta será baja”.

Respecto a las circunstancias del caso concreto, ponen de relieve que “a los 9 meses de vida del menor cuando fue dado de alta en el Hospital y derivado a Atención Primaria presentaba un peso y una talla dentro de los límites considerados completamente normales para su edad./ Si bien desconocemos la evolución que el menor llevó desde los 9 meses a los tres años por no haber aportado ningún dato de dónde fue controlado (...) en ese periodo, cuando nuevamente vuelve a ser controlado en el Centro de Salud “B”,

a la edad de 3 años y 6 años, vemos cómo se mantiene dentro de los percentiles normales para su edad; lo mismo que en las revisiones realizadas en el Centro "A", donde el menor es controlado a partir de los 8 años manteniendo su desarrollo ponderoestatural (8, 10, 13 años) dentro de límites normales" correspondientes a los "percentiles 3-10". Manifiestan que "el menor no cumplía los criterios (...) para ser incluido dentro del protocolo de administración de hormona de crecimiento a niños con CIR o PEG (percentil a los 4 años por debajo de 2,5 desviaciones estándar, el percentil 3 equivale a -2 desviaciones estándar)".

Refieren, respecto a la pubertad adelantada, que "es una variante de la normalidad, corresponde a niños que están comenzando su desarrollo puberal en uno de los extremos de la curva de distribución normal del inicio puberal. Es un extremo del rango inferior del desarrollo normal, y que se describe como aquella que se inicia en el periodo comprendido entre los 8 y 9 años en las niñas y entre los 9 y 10 años en los niños./ La evolución de la pubertad en estos niños tiene la misma secuencia normal de progresión de los signos puberales en ambos sexos (...). La edad ósea de estos niños puede estar ligeramente acelerada y, en general, está más de acuerdo con el desarrollo puberal que con la edad cronológica./ Tratamiento: no precisan tratamiento específico. No existen criterios que permitan establecer qué pacientes podrían beneficiarse, en algunos casos muy individualizados, de tratamiento con análogos GnRH. No obstante, en general no se debe recomendar el tratamiento con análogos de GnRH en la mayoría de los pacientes con pubertad adelantada".

Apuntan que en el caso de que se trata la "supuesta pubertad adelantada" es referida cuando el menor tiene 16 años, pese a que el paciente a la edad de 10 años estaba en un "percentil 10 no existían criterios que hicieran pensar en una pubertad adelantada". Significan que "la última revisión del menor se produce cuando este tiene 13 años, no estando referida ninguna otra revisión ni control de peso y talla desde esa fecha hasta que es visto a los

16 años por un médico de fuera del sistema público de salud. Tampoco aparece reflejado en el expediente en este periodo que el menor o la familia hayan acudido en ningún momento al centro de salud comentando la preocupación por el estancamiento en el crecimiento, ni que se haya consultado con ningún endocrino del sistema público, donde indiscutiblemente se hubiera enviado al menor al constatar una velocidad de crecimiento inferior a la esperada en el momento del desarrollo puberal”, y subrayan que “el momento de máximo crecimiento en la pubertad se produce en el estadio III de Tanner” (estadio en el que se encontraba el menor a los 16 años, según consta en el informe médico privado aportado por la interesada). Por tanto, “fue imposible valorar ninguna posible intervención al no tener ninguna revisión del menor desde los 13 años”.

6. Mediante escrito notificado a la reclamante el 11 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

Consta en él que el día 8 del mes siguiente la perjudicada lo examina y obtiene una copia del mismo.

7. Transcurrido el plazo para efectuar alegaciones sin haberse recibido, según hace constar el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas, con fecha 16 de junio de 2017 este elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al considerar que “la asistencia prestada al paciente fue acorde a la *lex artis*. Durante el tiempo en el que el menor fue atendido por el servicio público sanitario no reunía los criterios exigidos para ser tratado con hormona del crecimiento. Al abandonar el seguimiento a la edad de los 13 años fue imposible valorar ninguna posible intervención en relación con el menor”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de julio 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 una 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.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados -madre e hijo- activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Siendo uno de los perjudicados menor de edad, está facultada para actuar en su representación su madre, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

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 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá 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 19 de octubre de 2016 por unos hechos -los derivados de la atención sanitaria dispensada por el servicio público- que se desarrollan, según resulta de las historias clínicas de los perjudicados, en el periodo comprendido entre el 4 de junio de 1999 -fecha en la que tiene lugar la primera visita de control gestacional- y el 10 de enero de 2013 -cuando acude a la última revisión pediátrica para control de talla y peso-. Si tuviéramos en cuenta a efectos del cómputo del plazo de prescripción el extremo más próximo del citado lapso temporal resultaría evidente que la acción fue intempestivamente ejercitada. No obstante, dado que la reclamación se dirige a obtener la compensación de los perjuicios morales y materiales derivados de la frustración de las expectativas de crecimiento del menor, para fijar el *dies a quo* del cómputo de la prescripción ha de partirse del principio de la *actio nata*, conforme al cual, “la acción solo puede comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad” (entre otras, Sentencia del Tribunal Supremo de 5 de febrero de 2014 -ECLI:ES:TS:2014:324-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª). En este caso parece claro que la acción pudo ejercitarse desde el momento en que se constató que el menor no crecería hasta alcanzar su talla diana, lo que tuvo que suceder necesariamente en el tiempo transcurrido entre la última revisión de Pediatría, en la que no se apreciaron alteraciones del desarrollo (el 10 de enero de 2013, a los doce años), y la fecha de presentación de la reclamación (el 19 de octubre de 2016).

El único documento que obra en el expediente y que permitiría concretar el *dies a quo* ha sido elaborado por un facultativo privado, a petición de los progenitores del paciente, cuando este tiene ya quince años de edad. Como hemos señalado en anteriores ocasiones, la ley no permite a los perjudicados decidir a su conveniencia la fecha de inicio del cómputo del plazo de prescripción mediante la aportación de documentos elaborados a su instancia, por lo que el valor probatorio que a estos pudiera corresponder debe siempre determinarse de forma crítica por contraste con otros datos que resultan del expediente, y destacadamente con los obrantes en la historia clínica cuando de reclamaciones de responsabilidad sanitaria se trata. Ahora bien, en el asunto que nos ocupa no apreciamos indicios que nos permitan fijar la fecha de inicio de la acción para reclamar en un momento anterior al de la elaboración del informe pericial privado, y sucede además que la Administración, a quien corresponde probar en su caso que la acción ha sido extemporáneamente ejercitada, no aduce la prescripción, por lo que ha de admitirse que la reclamación fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de la citada Ley.

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 cuanto al plazo para adoptar y notificar la resolución expresa, debemos señalar que en la fecha de entrada del expediente en este Consejo se había rebasado el de seis meses establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

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 32 de la LRJSP 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, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley”. 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 34 de dicha ley 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.- La reclamante solicita una indemnización por los perjuicios derivados de la frustración de las expectativas de crecimiento de su hijo que imputa al funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

Los daños que reclama son, en primer lugar, los de índole moral sufridos por el menor -al que, según indica, el hecho de no haber crecido más le ha causado una grave crisis depresiva- y por ella misma -"al ver a su hijo en tal situación"- . También solicita el resarcimiento de los perjuicios de carácter material derivados de los gastos médicos, de alojamiento y de transporte por ella asumidos para costear una cirugía de elongación ósea, y los correspondientes a los días de "baja médica" del menor y a las secuelas dimanantes su "talla baja patológica".

En lo que a la efectividad de los daños morales reclamados se refiere, hemos de señalar que, aunque no cabe descartar que la talla alcanzada haya podido disgustar al propio menor y a su madre, lo cierto es que la reclamante no ha aportado prueba alguna de manifestaciones físicas o psíquicas de la entidad suficiente como para hacer real, efectivo y evaluable económicamente ese malestar. Este Consejo ha manifestado en ocasiones anteriores (entre otros, Dictámenes Núm. 152/2006 y 16/2017) que estos perjuicios, para tenerse por tales, deberán ser de carácter grave, como establece la jurisprudencia consolidada del Tribunal Supremo al declarar que "el concepto de daño evaluable a efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración incluye el daño moral. Sin embargo, por tal no podemos

entender una mera situación de malestar o incertidumbre (...), salvo cuando la misma ha tenido una repercusión psicofísica grave” (Sentencias de 3 de octubre de 2000 -ECLI:ES:TS:2000:7033-, 29 de marzo y 30 de junio de 2006 -ECLI:ES:TS:2006:1786 y ECLI:ES:TS:2006:5418-, y 14 de marzo de 2007 -ECLI:ES:TS:2007:1540-, todas ellas de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6.ª). Por otra parte, también venimos indicando que estos perjuicios carecen de parámetros o módulos objetivos, pero “ello no destruye el principio de que quien alega debe probar. En lo tocante al daño moral, la carga de la prueba es liviana, pero existe”, y aunque el daño moral tiene un carácter “abstracto, espiritual y subjetivo”, a fin de efectuar una “valoración jurídica y económica ha de determinarse su existencia real. Para ello no es posible indagar en la inmanencia del ser doliente; en cambio, sí cabe examinar si ese daño moral trasciende de un daño real que no había por qué soportar. A través de esta vía se podrá objetivar el daño moral en los términos que requiere el artículo 139.2 de la LRJPAC, o sea (...) se podrá calificar como ‘efectivo’, ‘evaluado económicamente’ e ‘individualizado’”. En las anteriores circunstancias, y a falta de aportación de cumplida prueba al respecto por la parte reclamante, la efectividad del daño moral alegado no puede tenerse por acreditada.

Respecto a los daños materiales, tampoco se ha presentado prueba alguna sobre la realidad de los días de “baja médica” y de las secuelas referidas en la petición indemnizatoria, aunque de los documentos incorporados por la reclamante al expediente sí resulta la efectividad del desembolso correspondiente a los gastos de asistencia médica y fisioterapia en centros privados, artículos de ortopedia, medicinas y desplazamientos en avión por importe de 41.392,58 euros.

En cuanto a las reclamaciones relativas al reintegro de los gastos generados por la atención prestada fuera del sistema sanitario público, este Consejo viene manifestando que es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y

de carácter vital en los supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En relación con los primeros, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, determina en su artículo 4.3 las condiciones para que sea exigible el reintegro de los gastos ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que el mismo solo resulta procedente en los "casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital", y "una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción". No consta que dicho procedimiento -que no está sometido al dictamen de este Consejo- se haya tramitado en el caso que analizamos. Ello no impide la formulación por parte de la interesada de una reclamación de responsabilidad patrimonial comprensiva del importe de los gastos en los que incurrió al recurrir a centros que están fuera del Sistema Nacional de Salud, si bien dicha responsabilidad patrimonial ha de estar sujeta a los mismos requisitos generales que cualquier otra reclamación de esta índole. Consecuentemente, habrá que examinar, además de su efectividad, si nos hallamos ante un daño antijurídico -en definitiva, un daño que los perjudicados no tengan la obligación de soportar- y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio 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.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar los hechos en los que funda su pretensión, así como de probar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

La reclamante achaca el escaso crecimiento de su hijo a la supuesta pubertad adelantada que habría experimentado con la consiguiente detención anticipada del crecimiento. Manifiesta que el servicio público debería haber frenado "hormonalmente" dicho desarrollo puberal a fin de que el niño alcanzara una mayor talla o bien "haberlo tratado con la hormona del crecimiento humano". En prueba de sus afirmaciones aporta un informe pericial librado por un especialista privado en el que este afirma que el niño presentó una "pubertad adelantada" a los "11 años y medio" y que "se podría haber efectuado una frenación de la misma", pues "con un tratamiento hormonal más precoz indudablemente podría haber mejorado". Alude el perito, asimismo, a la posibilidad de tratamiento con la hormona del crecimiento (GH), la cual, no obstante, descarta, "ya que cuando me consultó solo tenía de uno a dos cm por crecer". Este facultativo, que examina al menor por primera vez cuando tiene quince años, no explicita los fundamentos científicos en los que basa sus conclusiones. Por el contrario, los informes médicos librados a lo largo de la instrucción del procedimiento justifican que, según los protocolos científicos establecidos, y a la vista de los datos relativos a la evolución del desarrollo del niño que obran en la historia clínica, el tratamiento hormonal no estaba indicado en el caso de que se trata. En este sentido, debemos comenzar por destacar que los especialistas autores del informe librado a instancias de la compañía aseguradora cuestionan incluso que el menor haya experimentado la "pubertad adelantada" que la reclamante y su perito refieren, pues esta, por definición, es la que se presenta entre los 9 y 10 años en los niños, y resulta que el paciente no mostraba signos propios de la misma en aquella época, ya

que estaba en el percentil 10 a los diez años. Asimismo ponen de relieve que, en cualquier caso, tal desarrollo anticipado se considera “una variante de la normalidad”, por lo que los niños en los que se presenta “no precisan tratamiento específico”. Destacan, por otra parte, que no se llevó al menor a ningún control de peso y talla en el sistema público después de los 13 años, ni consta que la familia haya recurrido a partir de entonces al servicio público sanitario “comentando la preocupación por el estancamiento en el crecimiento”, por lo que “fue imposible valorar ninguna posible intervención”.

Respecto a la posibilidad de tratamiento con la hormona del crecimiento, explica el Responsable en funciones del Servicio de Pediatría del Hospital que sus criterios de indicación, desde 2003, son: “si a los 4 años de edad mantienen una talla por debajo de -2 desviaciones estándar (percentil 3)”, en el caso de “niños varones menores de 10 años en los que aumente el volumen testicular por encima de 4 ml, o menores de 9 años en los casos de aparición de vello púbico”, y resulta que ninguno de estos supuestos concurría en el paciente. Los pediatras que le atendieron en el sistema público desde los 3 a los 6 años y desde los 8 a los 13 años de edad refieren que su desarrollo fue normal, a tenor de la información obrante en la historia clínica. A los 3 años, según explica la Pediatra del Centro de Salud de “B”, había experimentado ya la recuperación del crecimiento, pues se encontraba en el percentil 3, lo que habría excluido la necesidad de aplicar la hormona del crecimiento, siendo a partir de entonces normal su evolución, como pudo constatarse en las revisiones realizadas a los 6, 8, 10 y 13 años, en las que se encontraba dentro del percentil. Por tanto, ha de concluirse que la atención pediátrica del menor por parte del servicio público sanitario se ajustó a la *lex artis*.

A la misma conclusión debe llegarse respecto de la asistencia prestada a la madre por el sistema público durante la gestación, a la que se imputa indirectamente que el menor no haya alcanzado la talla esperada. Reprocha la perjudicada al servicio público que no se haya previsto y evitado la aloinmunización anti D, y que una vez detectada esta se haya decidido

prolongar el embarazo hasta la semana 37, e imputa el retraso en el crecimiento intrauterino de su hijo, que -según señala- repercutiría en la adolescencia, a la citada actuación. Frente a estas afirmaciones carentes de apoyo probatorio alguno se alza el informe del Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital, en el que se señala que en el caso de que se trata se actuó en todo momento de forma correcta; esto es, según un protocolo que impone la realización ya en la primera visita de control gestacional del test de Coombs indirecto a todas las embarazadas con Rh negativo y finalización de la gestación a partir de las 36 semanas si existe riesgo de anemia fetal moderada o grave, y a partir de las 38 semanas en caso de títulos de aloinmunización altos (mayores de 1/16) "cuando no se precisó transfusión fetal intraútero". Tal y como indica el mencionado facultativo, y puede comprobarse acudiendo a las anotaciones obrantes en la historia clínica, en el asunto analizado se le realizó a la paciente determinación de Rh y escrutinio de cuerpos irregulares mediante test de Coombs indirecto en la primera visita. Este control fue negativo y se repitió en la semana 24 con igual resultado. En la semana 32 apareció un título (1/16) débil que, como explica el mismo especialista, "se considera no asociado a enfermedad hemolítica fetal", y en la posterior determinación, ya en la semana 35, se objetivó una elevación del título (1/32); no obstante, "dado que no había signos de anemia fetal", no estaba indicada la finalización del embarazo. Por tanto, a falta de prueba aportada por la reclamante, y a tenor de lo señalado en el informe del Servicio, ha de concluirse que la atención prestada por el sistema público a la gestante fue correcta, por lo que el retraso en el crecimiento intrauterino no puede achacarse a un deficiente control gestacional, sino muy probablemente, como señala el Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital, a una insuficiencia placentaria.

En suma, puesto que no ha quedado probado que los daños cuya efectividad ha sido comprobada puedan imputarse al funcionamiento del servicio público sanitario, la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada ha de ser desestimada.

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.