

Expediente Núm. 88/2018
Dictamen Núm. 162/2018

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 19 de julio de 2018, 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 6 de abril de 2018 -registrada de entrada el día 11 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los costes soportados al acudir a la medicina privada ante la falta de pruebas para diagnosticar el origen de una pancreatitis por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 27 de enero de 2017, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida.

Expone que el 25 de junio de 2015 acudió al Hospital, donde fue ingresado de forma urgente (durante 8 días) por un fuerte dolor abdominal

(...) diagnosticado como pancreatitis aguda leve de causa no aclarada./ Durante el ingreso se me realizaron diversas pruebas (...). Concretamente analítica, análisis de orina, radiografía y ecografía de abdomen./ El tratamiento médico (...) consistió en hacer dieta blanda, así como (...) recomendación de la realización transcurridos 3 años desde la fecha de una colonoscopia". Añade que el 21 de noviembre de ese año fue nuevamente "ingresado de urgencia" en el mismo hospital por un segundo episodio de "pancreatitis aguda de etiología no filiada", refiriendo haber acudido al hospital hasta en tres ocasiones por dolor abdominal intenso en los meses de agosto y noviembre de 2015 y enero de 2016.

Afirma que ante la preocupación por la reiteración de los episodios de pancreatitis y la "falta de un diagnóstico claro y concreto por parte (...) del servicio de salud pública" se vio en la necesidad de "pedir una segunda opinión", acudiendo a una clínica privada el 28 de enero de 2016. Aquí le realizan una "ecoendoscopia alta" que reveló "la existencia de piedras en la vesícula biliar (...), siendo las abundantes microlitiasis móviles y grumos de barro encontrados la causa probable de los sucesivos episodios de pancreatitis". Según manifiesta, tras la realización de esta prueba le advirtieron "del riesgo que supone el padecimiento de nuevos episodios de pancreatitis aguda (riesgo de mortalidad) y por tanto de la urgencia de la intervención", por lo que el 5 de febrero de 2016 se le practica una "colecistectomía laparoscópica" en el centro privado, y precisa que tras esta operación no ha vuelto a sufrir ningún episodio de pancreatitis aguda.

Llama la atención sobre el hecho de que "tras dos episodios de pancreatitis aguda, sucedidos ambos en un plazo inferior a 5 meses, y las sucesivas ocasiones (en este mismo periodo de tiempo) en que acudo a Urgencias con dolores en el abdomen no se me haya practicado en ningún momento más pruebas que pudiesen indicar el porqué de tales episodios de pancreatitis aguda y así poder evitar que pudiese sufrir las consecuencias que (...) pueden llegar a conllevar", y reprocha que no se le haya realizado en el Hospital una ecoendoscopia alta. Afirma que "de haberme practicado las

pruebas pertinentes en el Hospital y de haber obtenido en este mismo centro un diagnóstico claro no hubiese tenido que ir en busca de una segunda opinión”.

Respecto al cómputo del plazo para reclamar, entiende que “el hecho dañoso aparece en el momento en que se le practica” en la clínica privada “la prueba (de) ecoendoscopia alta, al observarse en su resultado el origen de la pancreatitis aguda (...) y a consecuencia poder encontrar la solución a la misma”.

Solicita una indemnización de ocho mil ochocientos ochenta y nueve euros con treinta y nueve céntimos (8.889,39 €) como resarcimiento de los gastos que tuvo que sufragar en la clínica privada, de los cuales 1.937,39 € corresponden a la ecoendoscopia alta y 6.952 € a la colecistectomía laparoscópica.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Digestivo del Hospital, de 2 de julio de 2015, en el que consta que el 25 de junio el paciente ingresa “por cuadro compatible con pancreatitis aguda leve sin causa filiada (no hábitos tóxicos, no litiasis biliar). Dada la buena evolución clínica y que se trata del primer episodio no se realizan estudios complementarios. Durante el ingreso permanece estable con buena tolerancia a dieta oral, por lo que se decide alta a domicilio./ Se revisa Anatomía Patológica de un pólipo extirpado por colonoscopia en feb/15 con el diagnóstico de adenoma tubulovelloso de 10 mm, por lo que se recomienda colonoscopia a los 3 años que deberá solicitar” a su médico de Atención Primaria. b) Informe de alta del Servicio de Digestivo, de 26 de noviembre de 2015, en el que figura que el 21 de noviembre ingresa en el Servicio de Digestivo “por segundo episodio de pancreatitis aguda de etiología no filiada que evoluciona favorablemente con tratamiento médico. Durante el ingreso se solicitan estudios genéticos y de autoinmunidad para descartar otras etiologías pendientes en el momento del alta. En el momento actual se encuentra clínica y analíticamente estable, por lo que se decide alta y seguimiento en consultas externas”. Al alta se pauta tratamiento y se indica que “acudirá a revisión a

consultas externas de Digestivo-03 para seguimiento y para recoger resultados de elastasa pancreática, genética de pancreatitis crónica hereditaria y IgG4".

c) Informe de alta del Servicio de Urgencias, de 16 de agosto de 2015, en el que se indica que acude "por dolor en FII desde hace 4 días de inicio progresivo, pero en estos dos últimos días se ha hecho más intenso, es tipo cólico. Refiere que comienza a nivel de epigastrio y que se irradia a FII. Pesadez posprandial. No sensación febril, no alteración del hábito intestinal (es tendente al estreñimiento), sin productos patológicos. No clínica urinaria acompañante". La impresión diagnóstica es de "dolor abdominal./ Estreñimiento". Se pauta tratamiento (Duphalac y paracetamol) y se recomienda control y revisión por su médico de Atención Primaria.

d) Resultado de TC abdomino-pélvico con contraste, realizado el 9 de septiembre de 2015.

e) Informe del Servicio de Urgencias, de 28 de noviembre de 2015, en el que se reseña que acude refiriendo "dolor abdominal a nivel epigástrico irradiado a hipocondrio derecho". Se realizan radiografías de tórax y abdomen "sin signos indicativos de patología aguda en el momento actual". El diagnóstico es de "dolor abdominal inespecífico", por lo que se pauta tratamiento (Nolotil) y se indica volver en caso de empeoramiento o signos de alarma.

f) Informe del Servicio de Urgencias, de 12 de enero de 2016, en el que se señala que refiere "dolor abdominal en hipocondrio izdo. intenso que irradia a epigastrio de varias horas de evolución y de aparición brusca". Se le realizan radiografías sin hallazgos significativos y analítica. El diagnóstico es de "dolor abdominal a observación". Se prescribe tratamiento (Omeprazol y Nolotil), indicándose control y revisión por su médico de Atención Primaria y en caso de empeoramiento volver de nuevo a Urgencias.

g) Informe de una clínica privada, de 12 de febrero de 2016, en el que se refleja que el 29 de enero de 2016 se realizó ecoendoscopia alta bajo anestesia en la que se objetivó "vesícula biliar de morfología normal que presenta en su interior una abundante cantidad de microlitiasis móviles y algunos grumos de barro./ En el lóbulo hepático izquierdo se visualizan algunos quistes simples anecoicos". El juicio clínico tras la exploración del paciente y los resultados de las pruebas

complementarias es de "pancreatitis de probable origen biliar", por lo que el 5 de febrero de 2016 se le practica una colecistectomía. Tras la intervención se determina la existencia de "abundantes microlitiasis móviles y grupos de barro en vesícula biliar que probablemente hayan sido la causa de los episodios recientes de pancreatitis". h) Facturas de una clínica privada por importes de 1.937,39 € ("asistencia iniciada el 29-1-2016") y 6.952,00 € ("colecistectomía laparoscópica").

2. El día 2 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Con fecha 14 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas nombra instructor del procedimiento.

4. Mediante escrito notificado al interesado el 21 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la fecha de recepción de su reclamación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. El día 6 de abril de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V un informe del Servicio de Aparato Digestivo sobre la asistencia que se le practicó al perjudicado y una copia de su historia clínica.

Con fecha 3 de mayo de 2017, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica del paciente relativa al proceso de referencia y el informe elaborado por el Jefe de Sección del Aparato Digestivo el 27 de abril de 2017. En él sostiene que "el paciente fue perfectamente estudiado, dado

que durante los dos episodios que presentó (...) y que motivaron su ingreso por pancreatitis aguda se le realizaron, en un primer ingreso por una pancreatitis aguda leve, una ecografía abdominal que no objetivó causa alguna a nivel de la vesícula, y posteriormente en consulta se le solicitó un TAC abdominal (9-9-15) sin evidencia de hallazgos patológicos./ En un segundo ingreso, ante la negatividad de las dos pruebas (Eco y TAC), se le realizó una colangio-RMN que fue absolutamente normal. En ese mismo ingreso se solicitaron estudios genéticos y de autoinmunidad para descartar otras etiologías que estaban pendientes al alta./ Es evidente que tras dos episodios de pancreatitis aguda de etiología no bien definida había que realizar ecoendoscopia a la vista de la negatividad de los resultados previos./ Desde un punto de vista de opinión personal, considero que la indicación de esos estudios (ecoendoscopia y cirugía laparoscópica de la vesícula) no precisaban de traslado a ningún otro hospital fuera del ámbito sanitario del (Servicio de Salud del Principado de Asturias), dado que ambos procedimientos se realizan en nuestro hospital, como así lo confirma otra ecoendoscopia que se hizo posteriormente el paciente en nuestro centro por continuar con los dolores abdominales con fecha 25-5-16”.

6. Mediante oficio de 3 de julio de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia completa del expediente a fin de que se recabe e incorpore al mismo el informe pericial de la compañía aseguradora.

El 14 de agosto de 2017, cuatro especialistas en Cirugía General y Digestivo emiten el informe solicitado. En él explican que “la pancreatitis aguda (...) es un proceso inflamatorio agudo del páncreas con afectación variable del tejido peripancreático o de órganos distantes. Aunque en la mayoría de los casos sigue un curso leve y autolimitado, un porcentaje de pacientes desarrolla una forma grave con complicaciones locales y sistémicas potencialmente mortales”. Como “factores etiológicos más frecuentes” de la pancreatitis aguda, apunta a la “litiasis biliar y el alcohol, que constituyen el 80

% de todas las pancreatitis”. No obstante, “existe un 20 % de pancreatitis agudas menos frecuentes sin aparente causa que se han denominado idiopáticas”. Manifiestan que “es importante realizar todos los esfuerzos posibles para establecer la etiología de la (pancreatitis aguda) que permita un tratamiento de la causa, evite su recurrencia y reduzca la incidencia de pancreatitis idiopática a menos del 20 %”, y reconocen que “una ecoendoscopia sería una nueva exploración indicada ante la negatividad diagnóstica de todas las pruebas anteriores”. Por lo que se refiere al presente caso, señalan que “para continuar el estudio de su enfermedad fue citado de manera correcta en Digestivo”, aunque “el paciente decidió acudir” a una clínica privada “para una segunda opinión, sin que se tenga constancia de haber acudido a la (consulta externa) de Digestivo, tal como se recomendaba en este segundo ingreso”.

Consideran que “de conformidad con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente en el (Hospital) lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*”.

7. Con fecha 13 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al interesado la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 16 de octubre de 2017 se persona este en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran hasta ese momento.

El día 6 de noviembre de 2017 una abogada, en nombre y representación del perjudicado, presenta en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones. En él expone nuevamente el curso clínico de la enfermedad y relata que el 29 de diciembre de 2015 “acude a consulta externa de Digestivo”, donde le recetan “Kreon 25.000” y le indican que “si en 10 días no siente mejoría acuda de nuevo al Servicio de Urgencias”. Así, reseña que el 12 de enero de 2016 “vuelve a (...) Urgencias con los mismos síntomas, no se realizan ni se le indican pruebas en esta ocasión” y “no se le vuelve a dar

fecha para consulta externa nuevamente”, de manera que, “ante la no realización de más pruebas necesarias para la averiguación de la causa de su dolencia (...), muy preocupado por su salud”, acude a una clínica privada localizada en Navarra. Pone de relieve que los facultativos que le atienden en este centro “le señalan el riesgo que supone la vuelta a Asturias (desde Navarra) para una persona de 70 años que ha sufrido dos episodios de pancreatitis aguda en un periodo de 5 meses”. Centra sus reproches en “la no indicación y realización de la prueba endoscópica (...) a pesar de ser calificada como necesaria para el caso concreto por el Jefe de Sección de Aparato Digestivo del propio centro hospitalario”.

De otro lado, asevera que lo manifestado en el informe médico-pericial de la compañía aseguradora “resulta totalmente incierto”, ya que “sí acudió a la consulta externa de Digestivo; acudió en dos ocasiones, tal y como se le indicó tras su segundo ingreso”, concretamente, los días 29 de diciembre de 2015 y 12 de enero de 2016, según se ha expuesto.

Finalmente, solicita que se incorpore al expediente el informe emitido por el Hospital con fecha 29 de diciembre de 2015 en el que se le receta el medicamento “Kreon 25.000 cápsulas”.

Aporta un escrito en el confiere su representación a una letrada y diversos informes médicos ya obrantes en el expediente.

8. Mediante oficio de 14 de noviembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas advierte a la representante del interesado que “no puede admitirse (...) la representación otorgada mediante un documento privado”, por lo que “las alegaciones presentadas carecen de validez, debiendo acreditar previamente la citada representación”, y le concede a estos efectos un plazo de quince días.

El 13 de diciembre de 2017, el reclamante presenta un escrito en el que reitera las alegaciones formuladas en su día por su representante.

9. Con fecha 15 de diciembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la corredería de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

10. El 4 de enero de 2018, el Instructor del procedimiento solicita a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia del informe clínico emitido el 29 de diciembre de 2015, así como la documentación obrante en la historia clínica del paciente relacionada con las consultas externas del Servicio de Digestivo a las que acudió.

Mediante oficio de 22 de enero de 2018, el Gerente del Área Sanitaria V atiende a la petición formulada y envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene una copia de la historia clínica "documental" y de la historia clínica informatizada, así como un informe de la Médica Adjunta de la Sección de Aparato Digestivo. En este último se recoge que "revisados todos los informes, incluidos los de Urgencias correspondientes a este paciente, solo figura esta nota clínica en la que se prescribe el fármaco Kreon 25.000 y que remitimos a la Gerencia de este centro". Adjunta a su informe una nota clínica, de 23 de diciembre de 2015, relativa al "curso clínico" de consultas externas en la que figuran, como "antecedentes personales (...): pancreatitis aguda de repetición (3 episodios) no filiada. Actualmente está sintomático, con dolor abdominal y nauseas. Visita a Urgencias a las 48 horas del alta, con lipasa 718", recogándose la impresión diagnóstica de "pancreatitis aguda en evolución (domiciliaria). Pancreatitis crónica posible. Si en los próximos días no mejora significativamente, o bien vomita, debe acudir a Urgencias para tratamiento hospitalario", pautándosele "dieta que tolere (...). Kreon 25.000: dos con el desayuno, comida, cena".

11. Con fecha 2 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la representante del interesado la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 20 de febrero de 2018 se persona este en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos que lo integran.

El día 6 de marzo de 2018, el reclamante presenta en el Registro Electrónico un escrito de alegaciones en el que insiste en que, en contra de lo manifestado en el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora, acudió “a la consulta externa de Digestivo (...) en dos ocasiones, tal y como se me indicó tras mi segundo ingreso”, y reitera las alegaciones formuladas en el escrito presentado el 6 de noviembre de 2017.

12. Mediante oficio de 12 de marzo de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

13. Con fecha 20 de marzo de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella señala que “las circunstancias bajo las cuales el reclamante acude al citado centro privado (...) deben considerarse teniendo en cuenta lo dispuesto en la legislación vigente sobre segunda oportunidad”.

Por lo que se refiere a la asistencia en la consulta especializada, pone de relieve que no consta “que posteriormente acudiese o no a la citada consulta”, ni aporta “una prueba (...) de que efectivamente acudió a las consultas externas” del Hospital Así, precisa que “no aparece contemplado en la historia clínica que acudiese por esas fechas a consultas externas -29 de diciembre de 2015-, sino que lo único que consta en la historia clínica del paciente es un curso clínico de consultas externas (...) en un proceso de pancreatitis aguda (2.º episodio) y en el ámbito de hospitalización (...). Es decir, la primera vez que aparece reflejado en el historial clínico del paciente la toma del citado medicamento no es el 29 de diciembre de 2015, sino el 23 de diciembre, sin que por otra parte conste el momento en el cual se le prescribe”

(en referencia al Kreon 25.000), ni que “aparezca reflejado tal aspecto en la historia clínica del paciente (...). A pesar de lo expuesto, en el presente caso el reclamante acude a la sanidad privada sin haber solicitado una segunda opinión médica al centro sanitario público ni haber dejado tiempo de actuación al mismo, por lo que acude de manera voluntaria a la sanidad privada y con ello debe asumir el coste, toda vez que no se produce ninguno de los supuestos expresamente contemplados en la normativa sanitaria y que generan el derecho al reembolso de los gastos ocasionados por acudir a la medicina privada”, citando al efecto el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. Afirma que “acudió a solicitar una segunda opinión en la clínica el día 28 de enero de 2016 sin haber dado opción ni solicitar esta segunda opinión a través de los medios públicos tras el primer diagnóstico efectuado, y sin encontrarnos ante un supuesto de riesgo vital que justifique que no pudieron ser utilizados los medios del sistema público, entendiéndose que existe (...) este riesgo cuando se trata de casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, de manera que la salud del paciente correría un grave peligro en caso de no ser atendida”.

Finalmente, y en cuanto a la asistencia recibida inicialmente en el Servicio de Urgencias del Hospital, considera que “el centro sanitario actuó de manera correcta según la *lex artis*, tal y como se expone en el informe pericial elaborado por parte de la compañía aseguradora”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 6 de abril de 2018, 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.

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), está el interesado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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, el reclamante fija el *dies a quo* del plazo de prescripción en el 29 de enero de 2016, fecha en la que se le realiza en un centro médico privado la prueba diagnóstica que permitió filiar "el origen de la pancreatitis aguda (...) y a consecuencia poder encontrar la solución a la misma". Este Consejo ha

venido sosteniendo que en aplicación de la doctrina de la *actio nata* el cómputo del plazo no se inicia hasta que no constan perfectamente determinadas las consideraciones, tanto fácticas como jurídicas, que posibilitan el ejercicio de la acción (entre otros, Dictámenes Núm. 93/2014 y 224/2015). Y en el caso concreto, a la vista de la documentación clínica remitida, estimamos correcta la fecha que invoca el perjudicado, por lo que habiéndose presentado la reclamación con fecha 27 de enero de 2017 la acción se ha ejercitado dentro del plazo legal.

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 dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se observa 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 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, 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 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.- El daño por el que se reclama lo constituyen los gastos desembolsados por el interesado como consecuencia del diagnóstico y la

intervención quirúrgica a la que se sometió en una clínica privada y que resultan acreditados con las facturas que adjunta, sin perjuicio de que proceda una valoración más concreta si el sentido de este dictamen fuese estimatorio.

Como venimos afirmando reiteradamente (por todos, Dictamen Núm. 273/2012), es preciso distinguir entre el ejercicio de la acción de reembolso de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital en supuestos de atenciones dispensadas fuera del Sistema Nacional de Salud y el de la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Respecto a la primera, 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 sanitarios ocasionados "fuera del Sistema Nacional de Salud", disponiendo que el mismo solo resulta procedente en "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 del interesado 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 el perjudicado no tenga la obligación de soportar- y si ha sido ocasionado por el funcionamiento del servicio público sanitario.

Tal y como hemos señalado, no ofrece duda la efectividad del daño. Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido con ocasión de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de

responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Con carácter previo a cualquier análisis sobre el nexo causal entre estos daños y el actuar de la Administración, hemos de recordar que 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 el reclamante 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.

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

Pese a la naturaleza señaladamente técnico-médica de las imputaciones que sostiene, y a que incumbe a quien reclama la prueba de las mismas, el perjudicado no ha desarrollado en vía administrativa ninguna actividad probatoria en relación con la supuesta infracción de la *lex artis* por los profesionales del servicio público sanitario en el proceso diagnóstico al que fue sometido, limitándose a aportar una copia de las facturas y de los informes médicos que prueban cuál era la dolencia que padecía y el tratamiento quirúrgico dispensado. Por ello, este Consejo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia de una infracción de la *lex artis* y de su relación causal con los daños que se alegan sobre la base de la documentación que obra en el expediente.

El interesado manifiesta que a pesar de haber sufrido dos episodios de pancreatitis aguda, “sucedidos ambos en un plazo inferior a 5 meses, y las sucesivas ocasiones (en este mismo periodo de tiempo)” en que acude al Servicio de Urgencias “con dolores en el abdomen”, no se le han practicado “más pruebas que pudiesen indicar el porqué de tales episodios (...) y así poder evitar que pudiese sufrir las consecuencias que (...) pueden llegar a conllevar”. Concretamente, reprocha al servicio público sanitario el no haberle realizado una ecoendoscopia alta, prueba que se le practicó en el centro privado y que reveló “la existencia de piedras en la vesícula biliar (...), siendo las abundantes microlitiasis móviles y grumos de barro encontrados la causa probable de los sucesivos episodios de pancreatitis”.

Por su parte, la Administración subraya que el reclamante no volvió a consultas externas del Servicio de Digestivo, por lo que considera que “acudió a solicitar una segunda opinión en la clínica el día 28 de enero de 2016 sin haber dado opción ni solicitar esta segunda opinión a través de los medios públicos tras el primer diagnóstico efectuado”. Además, estima que en el presente caso no nos encontramos “ante un supuesto de riesgo vital que justifique que no pudieron ser utilizados los medios del sistema público, entendiéndose que existe (...) este riesgo cuando se trata de casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, de manera que la salud del paciente correría un grave peligro en caso de no ser atendida”. Con este último argumento la Administración parece confundir la figura del reintegro de gastos con la responsabilidad patrimonial, por lo que el mismo no puede tenerse en cuenta a efectos de analizar el caso que nos ocupa, pues ya hemos indicado que nada obsta a que los particulares pretendan el reembolso de los costes soportados al acudir a la medicina privada siempre y cuando concurren los requisitos de efectividad y antijuridicidad del daño, y que el mismo sea imputable al funcionamiento del servicio público sanitario.

Hemos de comenzar por recordar que, tal y como señalamos en el Dictamen Núm. 179/2015, en supuestos similares al presente los tribunales de justicia acuden al concepto de “pérdida de confianza” en el sistema público para justificar, analizando caso a caso, el hecho de que un paciente acuda a un servicio sanitario privado y pueda obtener, vía responsabilidad patrimonial de la Administración, el resarcimiento de los gastos generados. Se trata de supuestos donde se advierte una inactividad de la Administración sanitaria durante un largo periodo de tiempo o en los que, en cualquier caso, se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo sin que la sanidad pública haya sido capaz de dar respuesta satisfactoria a tal deterioro; situaciones que justificarían la pérdida de confianza del paciente en los médicos del servicio público.

A la vista de lo expuesto, y con carácter previo al enjuiciamiento del asunto concreto, resulta preciso que establezcamos un parámetro de control

objetivo que permita analizar la apelación a una pérdida de confianza legítima en el sistema público para abandonarlo optando por uno privado. Para ello hemos de partir de la consideración de que la mera convicción subjetiva del paciente no basta para justificar jurídicamente el resarcimiento de los gastos privados, sino que han de darse también circunstancias objetivas susceptibles de verificación.

En línea de principio, desde que un paciente “entra en el sistema” público queda sometido a las decisiones de orden terapéutico del equipo médico asignado, quien asume la responsabilidad de esas decisiones, y en su nombre la Administración pública prestadora del servicio. No obstante, resulta indudable que aquel puede abandonar el “sistema” en cualquier momento y acudir a la medicina privada, y en ese caso debe soportar las consecuencias del ejercicio de su libre elección; entre otras, las pecuniarias que corresponden a su coste. Ahora bien, el abandono de un proceso sanitario concreto en el que se está incurso podría estar justificado en determinados supuestos en una “desconfianza legítima” en la labor de unos profesionales del servicio público, aunque esa percepción no puede implicar de modo automático que comprende una pérdida de confianza en el sistema en su conjunto. A nuestro juicio, para que un paciente que abandone la sanidad pública pueda repercutir a título de responsabilidad patrimonial los gastos abonados en la sanidad privada es necesario que concurren, además de las de carácter general -daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica, nexo causal y carácter antijurídico de la lesión-, determinadas circunstancias de carácter objetivo y subjetivo.

En primer lugar, desde el punto de vista objetivo, ha de constatarse la existencia de una infracción trascendente de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial que justifique objetivamente esa pérdida de confianza, y ha de quedar igualmente acreditado que esa infracción de la *lex artis* es susceptible de producir un daño cierto en la salud del paciente, en sus posibilidades de curación o en su esperanza de vida, para lo cual hemos de efectuar un juicio de regreso sobre la entidad de la patología finalmente

diagnosticada. Por ello, y desde esta perspectiva, no encontraríamos justificada la reparación del desembolso generado en supuestos de causación de meras molestias o incomodidades en el curso de la atención de patologías comunes, no graves, que los pacientes del servicio público vendrían obligados a soportar.

De otra parte, desde el punto de vista subjetivo, ha de apreciarse que el paciente actúa de buena fe, ejerciendo una opción condicionada por las circunstancias del caso, sin que se perciba un ánimo premeditado de abandonar el servicio público invocando la desconfianza como pretexto para endosar el coste de su libre elección a la Administración pública y justificar la exigencia posterior de una reparación del daño patrimonial sufrido. Y para ello hemos de valorar si la desconfianza generada pudo haber sido resuelta en el seno del propio servicio público por los cauces habituales; juicio en el que constituye un indicio el hecho de si el paciente, por ejemplo, conocida la necesidad de una prueba diagnóstica o de una cirugía, abandona de modo inmediato el sistema público para realizar dichas prácticas en la medicina privada sin dar la menor oportunidad a aquel de efectuarlas, o el de constatar si se recurrió a la exigencia de una segunda opinión médica, aunque esta última ponderación no puede conducirnos, en el límite, a la paradoja de exigir a quien ha ido perdiendo paulatinamente la confianza que persista indefinidamente en su empeño.

Un correcto estudio del caso examinado exige, a nuestro juicio, diferenciar dos momentos en la decisión del paciente de recurrir a la sanidad privada. Así, y aun cuando tanto el reclamante como la Administración se refieren únicamente al conjunto de la atención prestada por el centro privado, lo cierto es que consideramos que debe distinguirse el acto médico del que resulta el nuevo diagnóstico de "pancreatitis de probable origen biliar" -que no se alcanzó en la sanidad pública- del de la operación quirúrgica. En este sentido, ha de recordarse que el gasto a ellos asociado y, por tanto, el perjuicio correspondiente se encuentran debidamente separados.

Sentado lo anterior, el análisis de los hechos no permite concluir que hubiese sido posible diagnosticar el origen de la pancreatitis a través de los medios articulados por la sanidad pública. Según la documentación clínica incorporada al expediente, el paciente fue ingresado en el Servicio de Digestivo del Hospital hasta en dos ocasiones por episodios de "pancreatitis aguda de etiología no filiada", acudiendo hasta en tres ocasiones al Servicio de Urgencias por "dolor abdominal". Al respecto, el Jefe de la Sección de Aparato Digestivo considera que "fue perfectamente estudiado, dado que durante los dos episodios que presentó (...) y que motivaron su ingreso por pancreatitis aguda se le realizaron, en un primer ingreso por una pancreatitis aguda leve, una ecografía abdominal que no objetivó causa alguna a nivel de la vesícula, y posteriormente en consulta se le solicitó un TAC abdominal (9-9-15) sin evidencia de hallazgos patológicos./ En un segundo ingreso, ante la negatividad de las dos pruebas (Eco y TAC) se le realizó una colangio-RMN que fue absolutamente normal. En ese mismo ingreso se solicitaron estudios genéticos y de autoinmunidad para descartar otras etiologías que estaban pendientes al alta". No obstante, afirma que "es evidente que tras dos episodios de pancreatitis aguda de etiología no bien definida había que realizar ecoendoscopia a la vista de la negatividad de los resultados previos", y precisa que "la indicación de esos estudios (ecoendoscopia y cirugía laparoscópica de la vesícula) no precisaban de traslado a ningún otro hospital fuera del ámbito sanitario del (Servicio de Salud del Principado de Asturias), dado que ambos procedimientos se realizan en nuestro hospital, como así lo confirma otra ecoendoscopia que se hizo posteriormente el paciente en nuestro centro por continuar con los dolores abdominales con fecha 25-5-16".

Por su parte, los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora, tras apuntar a la "litiasis biliar" como uno de los "factores etiológicos más frecuentes" de la pancreatitis aguda, advierten de la importancia de "realizar todos los esfuerzos posibles para establecer la etiología de la (pancreatitis aguda) que permita un tratamiento de la causa,

evite su recurrencia y reduzca la incidencia de pancreatitis idiopática a menos del 20 %”, y reconocen que “una ecoendoscopia sería una nueva exploración indicada ante la negatividad diagnóstica de todas las pruebas anteriores”. En cuanto al presente caso, señalan que “para continuar el estudio de su enfermedad fue citado de manera correcta en Digestivo”, aunque “el paciente decidió acudir” a una clínica privada “para una segunda opinión, sin que se tenga constancia de haber acudido a la (consulta externa) de Digestivo, tal como se recomendaba en este segundo ingreso”.

Por lo que se refiere a este último extremo, el paciente asegura haber acudido a la cita señalada en consultas externas el día 29 de diciembre de 2015, donde le recetan “Kreon 25.000” y le indican que “si en 10 días no siente mejoría acuda de nuevo al Servicio de Urgencias”. Solicitada información al respecto a la Gerencia del Área Sanitaria V, se incorpora al expediente una nota clínica, de 23 de diciembre de 2015, relativa al “curso clínico” de consultas externas en la que figuran, como “antecedentes personales (...): pancreatitis aguda de repetición (3 episodios) no filiada. Actualmente está sintomático, con dolor abdominal y náuseas. Visita a Urgencias a las 48 horas del alta, con lipasa 718”, recogándose la impresión diagnóstica de “pancreatitis aguda en evolución (domiciliaria). Pancreatitis crónica posible. Si en los próximos días no mejora significativamente, o bien vomita, debe acudir a Urgencias para tratamiento hospitalario”, pautándosele “dieta que tolere (...). Kreon 25.000: dos con el desayuno, comida, cena”. Sin embargo, en la propuesta de resolución se indica que el reclamante no prueba “que efectivamente acudió a las consultas externas” del Hospital Así, precisa que “no aparece contemplado en la historia clínica que acudiese por esas fechas a consultas externas -29 de diciembre de 2015-, sino que lo único que consta en la historia clínica del paciente es un curso clínico de consultas externas (...) en un proceso de pancreatitis aguda (2.º episodio) y en el ámbito de hospitalización”. Es cierto que la fecha de creación (23 de diciembre de 2015) no coincide con la señalada por el interesado en su escrito de alegaciones, pero esta leve confusión no permite por sí sola negar que aquel

acudiese a la consulta. Por tanto, no hay constancia de que el paciente hubiese acudido al Servicio de Urgencias o estuviese ingresado durante el mes de diciembre de 2015, lo que nos induce a pensar que la nota se crea el día en que acude a la consulta externa del Servicio de Digestivo. Además, en el informe clínico de alta relativo a su último ingreso en el Servicio de Digestivo (del 21 al 26 de noviembre de 2015) se le había indicado que acudiese a revisión a consultas externas de esta especialidad, y en la nota que ahora analizamos consta la expresión "curso clínico" consultas externas. También figura en esta anotación la impresión diagnóstica de "pancreatitis aguda en evolución", añadiéndose el calificativo de "domiciliaria", sin que exista constancia de que se prescribiese el medicamento "Kreon 25.000" hasta ese momento -23 de diciembre de 2015-. A juicio de este Consejo, lo anterior es suficiente para dar por acreditado que el paciente acudió a la consulta especializada el 23 diciembre de 2015, en contra de lo que sostiene la Administración sanitaria.

De otro lado, en la referida consulta - de 23 de diciembre de 2015- el especialista le pautó un tratamiento al paciente, indicándole que volviese al Servicio de Urgencias "para tratamiento hospitalario" si "no mejora significativamente" o si "vomita". Así, el reclamante manifiesta que el 12 de enero de 2016 "vuelve (...) a Urgencias con los mismos síntomas, no se realizan ni se le indican pruebas en esta ocasión" y "no se le vuelve a dar fecha para consulta externa nuevamente". De manera que, "ante la no realización de más pruebas necesarias para la averiguación de la causa de su dolencia (...), muy preocupado por su salud", acude a una clínica privada localizada en Navarra. Señala que en este centro le practican el 29 de enero de 2016 una ecoendoscopia alta en la que se objetiva "vesícula biliar de morfología normal que presenta en su interior una abundante cantidad de microlitiasis móviles y algunos grumos de barro./ En el lóbulo hepático izquierdo se visualizan algunos quistes simples anecoicos". El juicio clínico tras la exploración y los resultados de las pruebas complementarias es de "pancreatitis de probable origen biliar", por lo que el 5 de febrero de 2016 se

le practica una colecistectomía. Tras la intervención se determina la existencia de “abundantes microlitiasis móviles y grupos de barro en vesícula biliar que probablemente hayan sido la causa de los episodios recientes de pancreatitis”.

En definitiva, el perjudicado estuvo ingresado en el Servicio de Digestivo del Hospital hasta en dos ocasiones por episodios de pancreatitis aguda de origen no filiado, y acudió tres veces más al Servicio de Urgencias por dolor abdominal, así como a la consulta externa de Digestivo, sin que en ningún momento se le indicara la realización de una ecoendoscopia. A mayor abundamiento, debe significarse que ni la última vez en que es visto por el Servicio de Digestivo el 23 de diciembre de 2015, ni cuando acude al Servicio de Urgencias el 12 de enero de 2016, se programa la realización de estudios complementarios.

Por tanto, dado que todos los informes médicos aluden a la ecoendoscopia como prueba diagnóstica indicada en este supuesto, resaltando incluso la importancia de “realizar todos los esfuerzos posibles para establecer la etiología de la (pancreatitis aguda) que permita un tratamiento de la causa”, y que tras la práctica de dicha prueba en el centro privado se pudo filiar el origen de la pancreatitis del paciente efectuándosele una intervención que puso fin a dicha dolencia -en la historia clínica remitida no consta que sufriese nuevos episodios con posterioridad a la colecistectomía-, estimamos que la detección del origen de la enfermedad que sufría -determinante para su curación- requirió del empleo de medios que el servicio público sanitario no puso a su disposición, a pesar de que se trata de un procedimiento que se realiza en el hospital público que lo atendió -como demuestra la realización de otra ecoendoscopia que se le hizo el 25 de mayo de 2016-. Ello nos lleva a considerar como indemnizable el daño originado por la falta de diagnóstico del origen de su dolencia.

En cambio, los elementos de juicio disponibles nos permiten afirmar que la decisión de someterse a la intervención quirúrgica en el centro privado fue, efectivamente, una decisión libre y consciente del paciente, sin que quepa repercutir el coste a ella asociado en calidad de perjuicio generador de

responsabilidad patrimonial. Según el informe de la clínica privada aportado por el propio perjudicado, la operación tuvo lugar el 5 de febrero de 2016; esto es, 6 días después de haberse efectuado la ecoendoscopia alta. Aquel justifica su premura en las advertencias formuladas por el centro privado sobre el “riesgo que supone el padecimiento de nuevos episodios de pancreatitis aguda (riesgo de mortalidad) y por tanto de la urgencia de la intervención”. Sin embargo, no existe constancia alguna de tales avisos, ni el interesado aporta ninguna prueba que demuestre la necesidad o los beneficios de someterse a dicha intervención con tanta inminencia; amén de que la cirugía laparoscópica de la vesícula es un procedimiento que se realiza en los centros hospitalarios que integran el servicio público sanitario, como informa el Jefe de la Sección de Aparato Digestivo del Hospital Tampoco podemos obviar que el hospital nunca llegó a conocer el nuevo diagnóstico, pues el paciente optó por someterse a la operación en el centro privado sin dar oportunidad al sistema público de conocer el nuevo diagnóstico y programar esa intervención. Es decir, no consta que en ningún momento se produjera rechazo alguno desde el servicio público sanitario a la realización del procedimiento quirúrgico una vez diagnosticada la nueva patología, lo que evidencia, en definitiva, el carácter concluyente de su decisión de someterse a la operación en el centro privado.

SÉPTIMA.- De acuerdo con lo señalado y con la documentación presentada por el interesado, que reclama exclusivamente el resarcimiento de los gastos médicos privados ocasionados por la detección del origen y el tratamiento quirúrgico de la pancreatitis aguda, consideramos indemnizables los gastos correspondientes a la consulta y prueba diagnóstica llevada a cabo en una clínica privada el 29 de enero de 2016, cuya factura asciende a 1.937,39 €. Por tanto, el importe total de la indemnización que corresponde abonar al perjudicado se eleva a 1.937,39 €.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos anteriormente señalados.”

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.