

JDO. DE LO SOCIAL N. 1  
OVIEDO

SENTENCIA: 00611/2017

Autos: Demanda 439/17

### SENTENCIA

En la ciudad de Oviedo, a veintitrés de noviembre del año dos mil diecisiete.

Vistos por D<sup>a</sup> María del Pilar Muiña Valledor, Magistrado-Juez del Juzgado de lo Social N.º 1 de Oviedo, los presentes autos seguidos con el número 439/17 siendo demandante D<sup>a</sup> [REDACTED] representada por la Procuradora Sra. Carnero López y asistida de la letrada D<sup>a</sup> Nuria Morillo Fernández y demandado el Servicio de Salud del Principado de Asturias representado por el letrado D. Pablo Cabo Pérez y que versan sobre reintegro de gastos

### ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** El día ocho de junio del año dos mil diecisiete se presentó la demanda rectora de los autos de referencia, en la que, tras la alegación de los hechos y fundamentos que se estimaron oportunos se suplica que se dicte sentencia en la que se deje sin efecto la resolución dictada por la dirección de atención y evaluación sanitaria del Sespa de fecha 12 de mayo de 2.017 condenando a la entidad demandada al abono a la solicitante de los gastos médicos producidos como consecuencia de la atención en la Clínica Universitaria de Navarra que ascienden a 16.631,96 euros más otros 1.330 euros por gastos de alojamiento.

**SEGUNDO.-** En el acto del juicio celebrado el día veintidós de noviembre, la parte actora se ratificó en su petición, oponiéndose el demandado por las razones que constan en el acta, recibiendo el juicio a prueba, practicándose documental, informando nuevamente las partes en apoyo de sus pretensiones.

**TERCERO.-** En el presente procedimiento se han observado todas las prescripciones legales.

### HECHOS PROBADOS

**PRIMERO.-** [REDACTED], cuyas circunstancias personales constan en el encabezamiento de su demanda, afiliada a la seguridad social con el número [REDACTED], comenzó a ser estudiada, en el mes de mayo de 2.013, de una anemia ferropénica de años de evolución, atribuida a pérdidas menstruales. Se le realizó en diciembre de ese año una ecografía que no mostró alteraciones y en febrero de 2.014 una gastroscopia que mostró leve gastritis, cuyas biopsias no

mostraron alteraciones significativas. El 13 de marzo de 2.014 se le realiza una colonoscopia que mostró mucosa normal y dibujo vascular bien conservado hasta final de colon derecho un poco antes del ciego donde se aprecia gran masa ulcerada que sangra con facilidad que permite pasar hasta ciego que es normal, a descartar adenocarcinoma. La biopsia realizada mostró adenocarcinoma invasivo de tipo mucosecretor. Se solicita TC de abdomen preferente que mostró gran tumoración a nivel de ciego-colon ascendente sin zona de clivaje en tercera porción duodenal y adenopatías en rango patológico en meso, concluyendo que presentaba neoplasia de colon derecho en un estadiaje C Dukes. El Dr. [REDACTED], que la atendía en el servicio de cirugía general del Hospital [REDACTED], comentó el caso con el oncólogo del [REDACTED] Dr. [REDACTED] decidiéndose tratamiento quimioterápico previo a la cirugía.

Acude al servicio de oncología del [REDACTED] el día 7 de abril de 2.014, dónde se realizan tres ciclos de tratamiento quimioterápico neoadyuvante CAPOX. Tras ello se le realizó un TC el día 4 de junio de 2.014, que mostró progresión de la masa tumoral primaria de colon derecho, que inicialmente medía 11 centímetros de diámetro mayor, y una reducción del tamaño de las adenopatías localizadas en mesocolon. Desde este servicio se consulta con el Dr. [REDACTED], del Hospital [REDACTED], que considera irresecable la tumoración, por lo que se colocó pick y se inició la administración de tratamiento quimioterápico de segunda línea, FOLFIRI. El 25 de agosto de 2.014 se realiza nuevo TC que muestra progresión a Folfiri, apreciándose masa en colon descendente y ángulo hepático, que ha aumentado de tamaño, comprimiendo esa masa estructuras vecinas sin plano de clivaje, aunque sin poder asegurar infiltración de las mismas. Se solicita desde ese servicio el día 2 de septiembre, estudio de mutación de K-RAS sobre biopsia de colonoscopia realizada en el [REDACTED], si no existiese mutación se iniciaría tratamiento con Panitumumab y si existiese se podría valorar Tomudex. A fecha 12 de septiembre de 2.014, ese estudio de la mutación no había sido recibido en el servicio de oncología médica.

**SEGUNDO.-** El día 5 de septiembre de 2.014 acude a la Clínica [REDACTED]. Ante la sospecha de un carcinoma de colon derecho se le realiza el día 8 de septiembre un TAC de tórax que no mostró metástasis torácicas y un TAC de abdomen que mostró neoplasia de colon ascendente de gran tamaño, con pequeñas adenopatías locorregionales. El día 9 de septiembre se le realiza una gastroscopia que mostró hernia de hiato y resultado compatible con la normalidad o ligera gastritis crónica. Ese mismo día se informa a la paciente que creen indicado el tratamiento quirúrgico del tumor y se programa para la intervención el día 24 de septiembre de 2.014.

El día 12 de septiembre la actora acude nuevamente al servicio de oncología del Hospital [REDACTED], comunicando a la doctora que había acudido a la Clínica

[REDACTED] y que le habían aconsejado intervenirle quirúrgicamente. La doctora le indicó que contrastase la opinión, consultando de nuevo con el Dr. [REDACTED] en el servicio de cirugía general del Hospital [REDACTED]. El día 25 de septiembre de 2.014 acude al servicio de cirugía general, siendo atendida por el Dr. [REDACTED], que recoge en la historia clínica "Tras nuevo ciclo de quimio aumento de la masa, la paciente acudió a la Clínica [REDACTED] dónde le ofrecieron intervención que aceptó. Vendrá con informes".

El día 29 de septiembre, bajo anestesia general, se realizó en la Clínica [REDACTED], intervención quirúrgica, consistente en hemicolectomía derecha abierta con anastomosis latero-lateral manual. El postoperatorio transcurrió con normalidad, siendo dada de alta el 5 de octubre de 2.014. En el estudio anatomopatológico realizado se constató que se trataba de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo coloide de colon derecho, ganglios linfáticos locorreregionales y márgenes quirúrgicos estudiados libres de tumor (pT3,N0), siendo el diagnóstico final neoplasia de colon derecho, estados post-hemicolectomía derecha.

El día 20 de noviembre de 2.014 acude al servicio de cirugía general del Hospital [REDACTED] aportando el informe de la intervención y de anatomía patológica.

El día 26 de noviembre de ese mismo año acude al Servicio de oncología, aportando copia del informe de la intervención, y, dado que no se indicaba tratamiento quimioterápico complementario, se da el alta a la paciente en ese servicio.

**TERCERO.-** Acudió a revisión en la Clínica [REDACTED] el día 4 de noviembre de 2.014, el día 19 de mayo de 2.015, realizándose TAC de abdomen y de tórax, el 4 de noviembre de 2.015, realizándose TAC de tórax, TAC de abdomen y colonoscopia, el 7 de junio de 2.016 realizándose TAC de abdomen y de tórax y el 13 de diciembre de 2.016 realizándose analítica, TAC de tórax y TAC de abdomen. En todas esas consultas las exploraciones realizadas se consideraban dentro de límites normales. Tiene pendiente revisión en el mes de diciembre de 2.017.

**CUARTO.-** Los honorarios correspondientes a la consulta oncológica y de cirugía general realizada el día 8 de septiembre, TAC de tórax, Tac abdominal y gastroscopia ascendieron a 1.377,15 euros. Los gastos correspondientes a las estancia en la clínica entre el 28 de septiembre y el 5 de octubre de 2.014 ascendieron a 11.240,29 euros, incluyendo los honorarios de asistencia clínica cirugía, anestesia, unidad de dolor, asistencia hemoterápica del banco de sangre de Navarra, laboratorio de hematología, laboratorio de bioquímica, biopsia, anestesia, estancia en la clínica, honorarios de intervención, anestesia, derechos quirófano y medicación. Los honorarios médicos correspondientes a la

revisión de 4 de noviembre de 2.014 ascendieron a 255,75 euros. Los gastos de la revisión de 19 de mayo de 2.015 ascendieron a 807,03 euros, los de la revisión de 4 de noviembre de 2.015 a 1.281,02 euros, los de la revisión de 7 de junio de 2.016 a 832,05 euros y los de la revisión de 13 de diciembre de 2.016 a 838,66 euros. Copia de esas facturas obra unida a la demanda dándose su contenido por íntegramente reproducido.

**QUINTO.-** Por el alojamiento de cinco personas entre el 28 de septiembre y el 5 de octubre de 2.014 abonaron 1.008 euros, por el alojamiento de 3 personas el 18 de mayo de 2.015 86 euros, por el alojamiento de 3 personas el 3 y 4 de noviembre de 2.015 140 euros y por el alojamiento de dos personas el 6 de junio y el 12 de diciembre de 2.016 la cantidad de 96 euros, en todos los casos a [REDACTED], por pernoctar en [REDACTED], Hostal-Aparthotel. Copia de esas facturas obra unida a la demanda dándose su contenido por íntegramente reproducido.

**SEXTO.-** El día 11 de enero de 2.017 la demandante presenta solicitud ante el Servicio de salud del Principado de Asturias para que se le reintegren los gastos ocasionados que fue desestimada por resolución de 10 de abril de 2.017. La reclamación previa formulada el día 25 de abril fue desestimada el 12 de mayo de 2.017 al entender que la paciente opta, por su propia voluntad y de manera unilateral por la medicina privada, abandonando la sanidad pública, acudiendo por propia iniciativa y de forma programada a un centro privado de su libre elección, para realizar una primera consulta, realización de diversos estudios clínicos, posterior ingreso para tratamiento quirúrgico programado y revisiones posteriores programadas durante tres años, por lo que no cabe contemplar la situación de urgencia vital, y que, además, la asegurada en ningún momento comunicó a la gerencia del Sespa su intención de acudir a la medicina privada, ni solicitó asistencia sanitaria o una segunda opinión en centros propios o concertados y únicamente se dirigió a ese organismo el día 11 de enero de 2.017 para solicitar el reintegro de gastos de la asistencia privada sanitaria en un centro privado de libre elección, al que acudió por propia iniciativa de forma programada, con una conducta voluntaria, libre y deliberada.

#### FUNDAMENTOS JURIDICOS

**PRIMERO.-** Reclama la actora el reintegro de los gastos ocasionados por la intervención a que fue sometida en septiembre del año 2.014, hemicolectomía derecha, al no ofrecerle el servicio público de salud ningún tratamiento más que el puramente paliativo. Ese reintegro le es negado por la entidad gestora señalando que abandonó voluntariamente la sanidad pública para acudir a un centro privado, que no

existe un supuesto de urgencia vital y que, además, no solicitó autorización para esa intervención.

**SEGUNDO.-** El artículo 38 de la Ley General de la Seguridad Social señala en su número uno que la acción protectora de la seguridad social comprenderá la asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo y el artículo 102.3 de la Ley General de la Seguridad Social de 1974 establece que no procede el abono de los gastos generados por los beneficiarios que utilicen servicios médicos distintos de los que tienen asignados, en el marco de la sanidad pública, salvo en los casos que reglamentariamente se determine. Tal desarrollo reglamentario se ha efectuado en el Real Decreto 63/1.995 de 20 de enero, derogado por el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre que en su artículo 4.3 regula la cuestión que nos ocupa en los siguientes términos "La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En esos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma, 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. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero". Es decir, en principio sólo cabría ese reintegro de gastos médicos cuando se haya producido una situación de urgencia y fuese imposible una atención por el servicio público de salud. El concepto de urgencia vital ha sido objeto de desarrollo jurisprudencial y así se recoge en la sentencia del Tribunal Supremo de 17 de julio de 2007, "Como señala nuestra sentencia de 19 de diciembre de 2003 , con arreglo a la norma reglamentaria, son requisitos para la procedencia del reintegro: a) que se trate de una asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, b) que el beneficiario haya intentado la dispensación por el Sistema Nacional de la Salud y no haya podido utilizar oportunamente los servicios del sistema público, y c) que la actuación no constituya una utilización abusiva o desviada de la excepción. Para el cumplimiento del requisito de necesidad de recibir asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, se vino entendiendo que el mismo concurría cuando la asistencia era necesaria para conservar la vida u obtener la curación (STS de 22 octubre de 1987 y 21 de diciembre de 1988 ), doctrina que han reiterado recientemente, entre otras, las sentencias de 21 de marzo de 2002 (Rec. 2872/01) y de 20 de octubre de 2003 (Rec. 3043/02 ) de las que se deriva que existe necesidad de recibir asistencia sanitaria urgente y de carácter vital cuando la referida asistencia es precisa para conservar la vida, los aparatos y órganos del cuerpo humano o su mejor funcionalidad o para lograr una mejor calidad de vida y menor dolor y sufrimiento". En sentencia del mismo Alto Tribunal de 4 de julio de 2.007 se señala que la asistencia urgente consiste en la imposibilidad de acceso del

beneficiario a los servicios de la Seguridad Social, pero debe asimilarse a tales supuestos aquellos otros en los que mediando la referida urgencia la imposibilidad de atención por la Medicina oficial venga determinada por la existencia de saturación de beneficiarios necesitados de las concretas prestaciones sanitarias (las llamadas «listas de espera»), obstativa de la prestación de los servicios médicos al interesado «en un plazo justificable desde el punto de vista médico», «habida cuenta de su estado de salud en ese momento y de la evolución probable de la enfermedad» (en tal sentido, la STJCE 2006/141 -Asunto Watts, de 16/mayo-, remitiendo al art. 20 del Reglamento CE 883/2004 ). El TS se cuida de precisar que la mera existencia de listas de espera en modo alguno justifica este reintegro, siendo preciso que concurra igualmente la referida urgencia vital . Asimismo, el Alto Tribunal explica que si bien es cierto que para acudir a centro distinto de los de la sanidad pública es necesario que la posible asignación de los centros privados sea efectuada por quien tenga competencia suficiente para ello, la Administración Sanitaria, de forma que «las opiniones y consejos de los facultativos que atienden a los enfermos sobre la conveniencia de que sean atendidos por servicios ajenos a la Seguridad Social, ni obligan a ésta en términos formales ni exoneran a los beneficiarios de solicitar en tiempo y forma oportunos la asistencia sanitaria que precisen».(...) de todas formas no cabe desconocer que en la materia de que tratamos ha de valorarse en todo caso la buena fe, que impone (...) «un comportamiento leal en todas las acciones u omisiones que por sí mismas, en cuanto afectantes a otras personas en mayor o menor grado, son susceptibles de generar una situación determinada, de la que luego cabe extraer conclusiones; y, a seguido, mantener la validez en derecho de éstas”. Igual doctrina se reitera en la más reciente sentencia del Tribunal Supremo de 31 de enero de 2.012.

**TERCERO.-** Y, en el caso de autos, el examen de la prueba documental practicada permite concluir que se cumplen todos los requisitos para estimar el reintegro de los gastos médicos. Concorre, en primer lugar, la urgencia vital. La actora, tras presentar una anemia ferropénica de años de evolución, que se atribuía a sangrados menstruales, comenzó a ser estudiada en mayo del año 2.013, encomendándose realizar una ecografía que no se realizó hasta diciembre de ese año, es decir, transcurrido más de medio año, una gastroscopia y una colonoscopia, que se realizó casi un año después de la consulta inicial, en concreto, en el mes de marzo de 2.014. En esa colonoscopia se aprecia la existencia una gran masa ulcerada al final del colon derecho, comprobándose en la biopsia que se trataba de un adenocarcinoma invasivo de tipo mucosecretor, por lo que se realiza, con carácter preferente, un TAC de abdomen que mostró una gran masa localizada a nivel de colon derecho que se extiende desde el ciego, de unos once centímetros de diámetro mayor, con signos evidentes de infiltración de pared grasa pericecal asociada a la existencia de adenopatías en rango patológico en grasa pericecal y en meso colon derecho, apreciándose claros signos de infiltración estructuras de vecindad, que no existe plano grado de clivaje entre la tumoración y tercera porción duodenal. Se decide por el servicio de cirugía general del

██████████ y el servicio de oncología del ██████████ realizar tratamiento quimioterápico con carácter previo a la intervención quirúrgica. Tras realizar tres ciclos, se realiza un nuevo TAC en el mes de junio, que mostró que la masa tumoral había aumentado de tamaño, por lo que el Dr. ██████████, que la atendía en el Hospital ██████████ considera irresecable la tumoración, por lo que se decide tratamiento quimioterápico de segunda línea, con Folfori, que tampoco dio resultado, pues en el siguiente TAC de agosto se constata que la masa sigue creciendo, por lo que se decide solicitar estudio de mutación de K-RAS al Hospital ██████████ ██████████, estudio que solicitado el día 2 de septiembre, a fecha 12 de ese mes, no había sido recibido en el Hospital ██████████. Nos encontramos pues, ante un tumor, que por parte de la sanidad pública se había descartado la intervención quirúrgica, pautando, únicamente tratamiento paliativo ante el aumento progresivo de la masa tumoral, no obstante el tratamiento pautado, lo que supone un riesgo eminente de muerte, pues la masa continuaba creciendo, existía posibilidad de que afectase a otros órganos y se había descartado la intervención quirúrgica de la actora, por lo que nos encontramos ante una urgencia vital.

La utilización de un centro privado tampoco puede considerarse abusiva pues consta que en la sanidad pública se había desahuciado a la actora, no dándosele ninguna posibilidad de tratamiento, salvo el paliativo, por lo que no se trata de adelantar unas listas de espera existentes en otro centro, sino que era la única posibilidad de intentar salvar la vida. Tampoco existió abandono de la sanidad pública. La actora acudió, primero al Hospital ██████████ ██████████, posteriormente al Hospital ██████████, realizó un primer ciclo de quimioterapia, al no dar resultado volvió a someterse a un segundo ciclo y fue, ante el resultado de éste último, con resultado no efectivo, cuando decidió, dada la gravedad y progreso de su enfermedad y la manifestación de que no existía posibilidad curativa, cuando decidió a acudir al centro privado. Pero es que, además, cuando desde el otro centro se le comunicó la posibilidad de ser intervenida acudió nuevamente al Hospital ██████████ para comunicarlo a la oncóloga, quién aún no había recibido el resultado del estudio de mutación que había solicitado, lo que supone una nueva dilación en la asistencia que debía prestársele desde la sanidad pública, y, una vez que fue intervenida regresó nuevamente a la sanidad pública, aportando el informe de la intervención tanto al servicio de oncología como al servicio de cirugía general, si bien en el primero fue dada de alta y en el segundo se desconoce si se le pautó seguimiento. Y, finalmente, si bien es cierto que no se solicitó la autorización previa, tal como se recoge en la sentencia a que antes se aludió, debe tenerse en cuenta las circunstancias concurrentes y si existe buena fe. Y es evidente que en este caso la buena fe existe. La actora no acudió a la medicina privada por iniciativa propia sino que, ante la imposibilidad de tratarla dentro de la sanidad pública, intenta buscar una segunda opinión, poniéndolo siempre en conocimiento del especialista del Hospital ██████████ ██████████ que le estaba tratando, quién le recomienda que contraste la posibilidad quirúrgica que se le había ofrecido en la Clínica ██████████ con el Dr. ██████████ que le estaba tratando, lo que así hizo,

pues así consta en su historia clínica, limitándose el doctor a consignar en la historia que había aumentado la masa, que acudió a la Clínica [REDACTED] dónde le ofrecieron intervención que aceptó. Es decir, la actora lo comunicó al mismo doctor que había considerado el tumor irreseccable y éste no varió ni modificó su opinión. No se solicitó esa autorización, pero esa actuación es disculpable atendiendo a la rápida evolución de la enfermedad, que no respondía a los tratamientos aplicados y que progresaba rápidamente, por lo que, en esa situación, es humanamente comprensible que no se solicite esa autorización, que siempre sufrirá demora, y que se intente aplicar los tratamientos necesarios para evitar que la enfermedad progrese.

Por tanto, existiendo urgencia vital, no siendo posible utilizar los medios de la sanidad pública y existiendo buena fe en la actuación de la demandante, el reintegro de los gastos médicos es procedente.

**CUARTO.-** Entiende el Servicio de salud demandado que, en su caso, sólo debe reintegrarse la factura correspondiente a los honorarios médicos iniciales, a la intervención y a la revisión de noviembre de 2.014, pero no a las revisiones posteriores que pudo realizar en la sanidad pública, ni a los gastos de alojamiento. Y, en relación con las revisiones posteriores, la actora, tras la intervención acudió a los dos servicios médicos en los que venía siendo atendida y en oncología se le dio de alta al no pautar tratamiento quimioterápico postoperatorio y, en el segundo, se limitan a recoger el informe, sin que conste que le hayan concedido la posibilidad de ser examinada en ese centro. Por ello, procede condenar a abonar también los gastos de las revisiones ya realizadas, sin perjuicio de que el servicio de salud proporcione, a partir de este momento, las revisiones necesarias en cuyo caso ya no podrían repercutirse los gastos ocasionados por las mismas. Y, en cuanto a los gastos de alojamiento, los únicos que no pueden ser reintegrados son los correspondientes a los de la intervención quirúrgica, pues se reclaman los gastos de cinco acompañantes según se desprende de la factura, y esos gastos no son cubiertos por el Servicio público de salud aunque se hubiese operado en Asturias o en un centro concertado fuera de la provincia, en cuyo caso se limitaría a un acompañante, y dado que la actora se encontraba ingresada en un centro privado lo lógico es que el acompañante pernocte en su compañía. Por el contrario si que procede el reintegro del resto de los gastos de alojamiento, pues la actora precisaba dormir en Pamplona para poder efectuar las distintas pruebas que tenía que realizar y debía acudir acompañada. Por ello, la cantidad total que debe reintegrar el servicio de salud del Principado de Asturias asciende a 16.631,96 euros por gastos médicos y 322 euros por gastos de alojamiento, lo que hace la cantidad total de 16953,96 euros.

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación

## FALLO

Que estimando parcialmente la demanda formulada por D<sup>a</sup> [REDACTED] contra el Servicio de salud del Principado de Asturias debo condenar y condeno al Servicio de salud del Principado de Asturias a reintegrar a la actora la cantidad de dieciséis mil novecientos cincuenta y tres euros con noventa y seis céntimos (16.953,96 euros) en concepto de gastos médicos y de alojamiento abonados por la demandante.

Contra esta sentencia cabe interponer recurso de suplicación ante la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias, recurso de suplicación que ha de ser anunciado en los cinco días siguientes a la notificación de la misma. Adviértase igualmente al recurrente que no fuera trabajador o beneficiario del régimen público de seguridad social, o causahabiente suyos, o no tenga reconocido el beneficio de justicia gratuita, que deberá depositar la cantidad de 300 euros en la cuenta abierta en Banco de Santander a nombre de este Juzgado con el número 3358/0000/65 y número de procedimiento 0439/17 acreditándolo mediante la presentación del justificante de ingreso en el periodo comprendido hasta la formalización del recurso así como, en el caso de haber sido condenado en sentencia al pago de alguna cantidad, consignar en la cuenta de depósitos y consignaciones abierta en Banco de Santander a nombre de este juzgado, con el nº 3358/0000/65 y número de procedimiento 0439/17 la cantidad objeto de condena, o formalizar aval bancario por dicha cantidad en el que se haga constar la responsabilidad solidaria del avalista, incorporándoselos a este Juzgado con el anuncio de recurso. En todo caso el recurrente deberá designar letrado o graduado social colegiado para la tramitación del recurso al momento de anunciarlo.

Así por esta mi Sentencia, de la que se expedirá testimonio para su unión a los autos, lo pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACION.- Fue leída y publicada la anterior sentencia por el Magistrado-Juez que la dictó, estando celebrando audiencia pública en el día de la fecha. Doy fe.