

Expediente Núm. 124/2012
Dictamen Núm. 166/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de junio de 2012, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 7 de mayo de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia recibida en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 28 de mayo de 2010, un letrado presenta, en nombre y representación de la perjudicada, una reclamación de responsabilidad patrimonial en el registro de la Administración del Principado de Asturias por los daños y perjuicios sufridos tras ser atendida en un centro sanitario público.

Expone que el, “día 12 de noviembre de 2006”, su representada acudió al Servicio de Urgencias del Hospital “X” tras una caída accidental en la que se vio afectada su mano derecha, emitiéndose, después de realizar una

radiografía, el diagnóstico "sin fracturas, contusión partes blandas", y prescribiéndose tratamiento con "férula de aluminio", así como "farmacología". Ante la "persistencia de su sintomatología", prosigue, "el médico de cabecera" la remite en el mes de diciembre de 2006 al Servicio de Traumatología, en el que, el día 11 de enero de 2007 y una vez practicadas pruebas radiológicas, se detecta la existencia de "fractura de escafoides carpiano derecho, confirmándose por un TAC" el día 26 del mismo mes. Incluida en lista de espera, es intervenida quirúrgicamente el día 5 de noviembre de 2008, siguiendo rehabilitación hasta el alta médica, que tuvo lugar el día 23 de julio de 2009.

Considera que ha existido un claro error de diagnóstico al no haberse detectado la fractura en la primera radiografía realizada en Urgencias, y destaca como "especialmente grave" el hecho de que "durante estos años se ha pedido en repetidas ocasiones la placa de la Rx, recibiendo contestación del Sespas" el 5 de marzo en la que se informa del extravío de la misma "sin posibilidad de recuperación".

Precisa que "en lugar de los 150 días que normalmente dura la estabilización de una fractura de escafoides diagnosticada correcta e inicialmente, y pronto y debidamente tratada, y sin secuelas", debido al retraso "tardó en estabilizar 436 días, que es el resultado de restar a los 586 días que suman sendos periodos de baja laboral por la caída y su tratamiento (imputables a la negligencia médica) los 150 días que normalmente tarda en curar" la lesión.

Solicita una indemnización por importe total de cuarenta y seis mil cuatrocientos dos euros (46.402 €), por los siguientes conceptos: 436 días invertidos en su curación, de los cuales 2 fueron hospitalarios y el resto improductivos, y las secuelas de "pérdida de movilidad global" en la muñeca derecha "del 22% (a la que atribuye 3 puntos), "muñeca derecha dolorosa y artrosis" (5 puntos), "material de osteosíntesis" (2 puntos) y "perjuicio estético ligero (puntos, desviación muñeca, férula ...)" (6 puntos).

Adjunta la siguiente documentación: a) Documentación clínica relativa a la asistencia sanitaria recibida desde el 12 de noviembre de 2006. b) Partes médicos de alta de incapacidad temporal por contingencias comunes, correspondientes al periodo comprendido entre el 13 de noviembre de 2006 y el 24 de julio de 2007 y entre el 26 de agosto de 2008 y el 23 de julio de 2009. c) Escritos presentados por la reclamante en el Servicio de Atención al Usuario del hospital los días 27 de febrero y 19 de marzo de 2008, en los que se solicita la radiografía y la hoja de enfermería correspondiente a la asistencia recibida el 12 de noviembre de 2006 y respuesta remitida por el Gerente del centro, de 5 de marzo de 2008, informándole de que, revisada "detenidamente su historia completa", no se ha conseguido localizar la radiografía requerida -aunque sí la "documentación en papel correspondiente a dicho episodio, en el que se informa sobre la radiografía en cuestión"-, de la que la interesada ya tiene copia.

2. Con fecha 9 de junio de 2010, el Jefe de Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite copia de la historia clínica de la paciente al Servicio instructor.

3. Mediante escrito notificado al representante de la perjudicada el día 18 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios le comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Igualmente, se le requiere para la acreditación de la representación, concediéndole al efecto un plazo de diez días, lo que se cumplimenta mediante comparecencia personal de la interesada en las dependencias administrativas.

4. Consta incorporada al expediente la historia clínica remitida por el Hospital "Y" en cuyo Servicio de Traumatología ha sido tratada la paciente "a partir de julio de 2008".

5. Con fecha 27 de julio de 2010, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "X" remite al Servicio instructor el informe emitido por el Jefe del Servicio de Traumatología.

En él manifiesta que, revisada la historia clínica de la paciente, esta "no fue atendida en Urgencias por ningún miembro del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología", sino que "aparentemente" lo fue por un "médico de Urgencias", señalando que el diagnóstico de la fractura se produce "dos meses después del accidente", cuando tienen lugar "las primeras consultas" de la perjudicada. Advierte que "un más riguroso enjuiciamiento clínico" exigiría disponer de "las hojas de su ingreso hospitalario" correspondientes a la intervención quirúrgica (que tuvo lugar en otro hospital) y de "toda la documentación de imágenes".

6. El día 2 de agosto de 2010, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, tras efectuar diversas consideraciones médicas, expone que, "aunque es factible que la fractura de escafoides hubiera pasado desapercibida en la primera asistencia en Urgencias por la inespecificidad de la clínica y la poca sensibilidad diagnóstica de los estudios de imagen, la actuación posterior" no fue a su juicio "correcta, pues, como aconsejan los protocolos al efecto, tendrían que haberse repetido los estudios radiográficos al cabo de dos o tres semanas", lo que no se hizo. Añade que "el retraso en el diagnóstico y el tratamiento inadecuado de la fractura pudieron ser determinantes de la aparición de la pseudoartrosis y de las posibles limitaciones que actualmente padece la reclamante, que un adecuado diagnóstico y tratamiento posterior de la referida complicación no pudieron evitar". Además, califica de "difícilmente explicable" el constatado extravío de estudios de imagen y finaliza proponiendo

la estimación de la reclamación, "con independencia de la cuantía de la indemnización que se fije en un momento posterior".

7. Mediante escritos de 5 de agosto de 2010, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

8. Con fecha 15 de febrero de 2011, el Servicio instructor remite a la interesada, previa solicitud formulada por su representante, una copia de parte de la documentación que integra el expediente.

9. Mediante escrito de 3 de junio de 2011, el Jefe del Servicio Jurídico del Servicio de Salud del Principado de Asturias requiere al Servicio instructor el expediente administrativo para su envío al Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias.

10. El día 14 de julio de 2011, el Jefe del Servicio instructor solicita a la correduría de seguros una valoración económica de los daños alegados por la reclamante.

Tal valoración, fechada el 12 de agosto de 2011, se efectúa en un "dictamen para valoración de daños corporales sin daño final conocido", remitido en papel con membrete de la correduría de seguros. La cuantía que se propone, a la que se hace referencia como "resultado provisional del dictamen", asciende a 17.249 € e incluye los conceptos de "incapacidad temporal" -en la que se valoran 192 días improductivos, 76 días no improductivos y un día de estancia hospitalaria- y de secuelas, contemplándose entre las funcionales, "movilidad muñeca", a la que se le conceden 3 puntos; "artrosis muñeca", a la que se le otorgan 4 puntos, y "material osteosíntesis muñeca", a la que se le asignan 3 puntos. Además, incluye entre las "secuelas estéticas" la "cicatriz quirúrgica" (2 puntos), observándose que en el epígrafe denominado "observaciones técnicas"

se recogen en algún caso puntuaciones distintas. Al importe total se le aplica un 10% como "factor de corrección" por ingresos, y a su vez la cuantía resultante se minorará en un 25%, al estimarse que existió pérdida de oportunidad.

11. Con fecha 28 de diciembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios comunica al representante de la reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de parte de los documentos obrantes en el expediente, transcurriendo dicho plazo sin que se hayan presentado alegaciones.

12. El día 4 de abril de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio, acogiendo los argumentos expuestos en el informe técnico de evaluación y la cuantía indemnizatoria fijada por la correduría de seguros.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 7 de mayo de 2012, registrado de entrada el día 11 del mismo mes, 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, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 32 de la Ley citada.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta el día 28 de mayo de 2010, habiendo recibido la paciente el alta por parte del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con fecha 22 de julio de 2009, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en

virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

No obstante, advertimos que, aunque se incorpora al expediente el informe emitido por el Jefe del Servicio de Traumatología, no se solicita ninguno al Área de Urgencias en que fue atendida la paciente, pese a que el primero especifica que ningún facultativo de su Servicio fue el responsable de la asistencia del día 12 de noviembre de 2006, por lo que deduce que “aparentemente” fue vista por “un médico de Urgencias”. No obstante, dado que el conjunto de la documentación obrante en el expediente proporciona elementos de juicio suficientes, así como la falta de discusión, por parte de la Administración, de los hechos que alega la reclamante, ya que reconoce la existencia de infracción del protocolo aplicable con base en los datos fácticos constatados, no resulta necesaria su emisión para examinar el supuesto planteado.

Cabe reprochar, por otra parte, y tal y como resaltan los profesionales informantes, el extravío de una pieza clave en el procedimiento como resulta ser la prueba de imagen practicada el día 12 de noviembre de 2006. En relación con ello, debemos recordar lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. El citado artículo, relativo a la conservación de la documentación clínica, establece la obligación de los centros sanitarios de conservarla en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad. Pues bien, el extravío de una prueba radiológica supone una negligencia en el cumplimiento de dichas

obligaciones y resulta incompatible con una asistencia sanitaria de calidad, lo que requiere la adopción de medidas correctoras tendentes a evitar su reproducción.

Por otra parte, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

Por último, puesto que de la documentación obrante en el expediente se deduce la pendencia de recurso contencioso-administrativo, sin que conste formalmente que dicho procedimiento haya finalizado, deberá acreditarse tal extremo con carácter previo a la adopción de la resolución que se estime procedente, dado que en caso contrario habría de acatarse el pronunciamiento judicial. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser

efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- La indemnización que se pretende tiene por objeto los daños que se imputan a un retraso diagnóstico de los servicios del sistema público sanitario.

A la vista del expediente, resulta acreditado que la interesada sufrió, como consecuencia de una caída, una fractura en la muñeca que no fue diagnosticada en el Servicio de Urgencias, al que acudió el día 12 de noviembre de 2006, lo que, al menos, pudo haber sido causante de un retraso en su

curación, cuya concreta valoración, así como la existencia de posibles secuelas, efectuaremos en el caso de que el sentido de este dictamen fuera estimatorio.

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

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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por la 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.

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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. 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 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.

En este sentido, lo cierto es que, pese a que incumbe a quien reclama la prueba de las imputaciones que sostiene, la interesada no ha desarrollado en vía administrativa ninguna actividad probatoria en relación con tales reproches. No obstante, ha de recordarse que, según consta, solicitó sin éxito la radiografía realizada el día de la caída. En todo caso, este Consejo Consultivo 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 alega con base en la documentación que obra en el expediente; documentación e informes médicos que no han sido cuestionados por la reclamante, ni siquiera en el trámite de alegaciones.

La Administración parte de la asunción del hecho de que la fractura se habría producido el día de la caída, el 12 de noviembre de 2006, y que si bien este tipo de lesiones ofrecen dificultades diagnósticas (indicándose que pueden pasar desapercibidas en un porcentaje que oscila entre el 7 y el 50%), dada "su frecuencia relativa", las fracturas de escafoides "deben" ser objeto de sospecha "ante cualquier antecedente traumático de la muñeca", debiendo actuarse con arreglo al protocolo aplicable, cuya falta de seguimiento en el presente caso permite constatar la existencia de infracción de la *lex artis*.

Efectivamente, según señala el informe técnico de evaluación, dicho protocolo prescribe la repetición de las pruebas de imagen en un intervalo de tiempo cercano ("dos o tres semanas en varias proyecciones") a fin de descartar la existencia de la lesión, ya que "transcurrido ese tiempo, y como consecuencia de la descalcificación de los bordes de la fractura, se puede apreciar mejor el trazo de la misma". En este caso, únicamente se indicó "control posterior por su" médico de Atención Primaria, que fue el profesional que remitió a la paciente a los servicios especializados de Traumatología al no existir mejoría transcurrido el tiempo. La falta de la radiografía -que, como se concluye en el procedimiento, se ha extraviado- no obsta para que la Administración no cuestione la existencia de la fractura en el momento de aquella primera asistencia en Urgencias y justifique la ausencia de su detección, como hemos dicho, en las dificultades diagnósticas que ofrece una lesión de estas características.

Por otra parte, el Inspector de Prestaciones Sanitarias expone que el tratamiento de la fractura de escafoides "requiere en todo caso inmovilización prolongada e ininterrumpida durante 9 a 12 semanas". Dado que en Urgencias únicamente se prescribió inmovilización por un periodo de "7-10 días", el informante concluye que "el tratamiento inicial" fue inadecuado, y que, combinado con el "retraso en el diagnóstico", pueden haber sido "determinantes en la aparición de la pseudoartrosis y de las posibles limitaciones que actualmente padece la reclamante, que un adecuado diagnóstico y tratamiento posterior (...) no pudieron evitar".

A la vista de lo anterior, cabe entender acreditado que el diagnóstico y tratamiento inicial incorrecto resulta imputable a un inadecuado funcionamiento del servicio público, y, por tanto, determinante de la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues la demora pudo implicar una prolongación en el periodo de curación e incidió en las secuelas existentes por la lesión padecida, constituyendo un perjuicio que la interesada no estaba obligada a soportar y que reúne las condiciones de daño indemnizable.

SÉPTIMA.- Fijados los hechos y establecida la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño ocasionado a la reclamante, procede valorar la indemnización adecuada para el resarcimiento del mismo.

La perjudicada solicita una indemnización de 46.402 €, correspondientes a 436 días invertidos en su curación y diversas secuelas.

Por su parte, la Administración, haciendo suya la valoración emitida por la compañía aseguradora, reconoce como conceptos indemnizables los días invertidos en la curación y las secuelas que detalla, a los que aplica un factor de corrección (10%) por ingresos que ha de rechazarse, pues no solo carece de justificación documental alguna sino que ni siquiera es solicitado por la reclamante.

Para el cálculo de la indemnización correspondiente parece apropiado valerse del baremo establecido al efecto en el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre), en sus cuantías actualizadas, aprobadas por Resolución de 24 de enero de 2012 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que, si bien no es de aplicación obligatoria, viene siendo generalmente utilizado, con carácter subsidiario, a falta de otros criterios objetivos.

En cuanto al tiempo invertido en la curación de la lesión, los partes de alta constatan que la perjudicada permaneció de baja laboral durante dos periodos distintos por los motivos "dolor de muñeca. Contusión" (el primero,

comprendido entre el 13 de noviembre de 2006 y el 24 de julio de 2007), y "fractura de escafoides" (el segundo, que abarca desde el 26 de agosto de 2008 hasta el 23 de julio de 2009). Estos periodos suman un total de 586 días, y cabe ya señalar que no coinciden con los dos que contempla el informe aludido, en el que se consigna que el primero abarca desde la fecha del accidente hasta el 24 de marzo de 2007, momento en que, a tenor de lo que se indica, "la paciente está diagnosticada" de pseudoartrosis de escafoides y, "según protocolo, se deja pendiente de evolución, ya que en algunos casos esta complicación está bien tolerada". Tan sucinta explicación no justifica de manera suficiente la exclusión de este primer periodo, ni que únicamente se compute "el tiempo de recuperación por el tratamiento de la pseudoartrosis", que se iniciaría, según dicho documento, "desde la primera cita para cirugía" -el 28 de octubre de 2008- hasta el alta de cirugía" en Rehabilitación, el 22 de julio de 2009. Para mayor confusión, la valoración de la aseguradora da a entender que la exclusión se debe únicamente a la coincidencia de la cifra de días de ese primer periodo ("133") con los que integran el estimado de curación, "120-150", que se detraen del total del tiempo de curación de la misma manera que razona la propia reclamante.

Tampoco puede suscribirse la consideración, como únicos días improductivos, de los transcurridos desde la intervención quirúrgica "hasta" la "revisión 8-5-09" en Rehabilitación, "ya que en las posteriores revisiones mantiene la misma movilidad", pues la baja laboral continuó hasta la fecha ya indicada (en el mes de julio de 2009). Entendemos que la compañía aseguradora, en su parquedad, no proporciona argumentos dotados de la consistencia suficiente para desvirtuar la fuerza probatoria que respecto al carácter improductivo de los días integrantes de los periodos de baja laboral presentan los partes médicos, que suman 586 días. Sí coincidimos con ambas partes en la necesidad de restar 150 días como propios de la duración media de la fractura.

Igualmente, estimamos oportuna la aplicación del porcentaje de minoración del 25% a la cuantía correspondiente a las secuelas, atendiendo a

que, según el mismo informe, “entre el 5 y el 30% de las fracturas de muñeca van a evolucionar de forma natural a una pseudoartrosis, en virtud de factores asociados a la propia fractura (trazo, conminución, etc.), y en este caso se trata de una fractura conminuta”. En cuanto a ellas, también compartimos la valoración realizada de las secuelas funcionales consistentes en la “limitación de movilidad de la muñeca”, atendiendo al contenido del informe de alta (fechado el 7 de agosto de 2009) del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, en el que se consigna, en relación al “balance articular de la muñeca derecha (...), flexión dorsal 70º, flexión palmar 60º, desviación radial 15º”, por lo que han de asignarse 3 puntos por “cada arco de movimiento”. A su vez, en la revisión del mes de marzo de 2010 se constata la existencia de “artrosis radiocarpiana e intercarpiana de muñeca derecha”, calificada de “moderada”, por lo que consideramos que deben otorgársele 3 puntos.

En cuanto al resto de secuelas, observamos, respecto al material de osteosíntesis, una llamativa contradicción entre la valoración de la reclamante y la de la aseguradora, pues es mayor la segunda (3 puntos) que la de la primera (2 puntos), y, por lo que se refiere al perjuicio estético, la aseguradora puntúa de forma distinta (2 puntos en el cuadro resumen, 3 puntos en las “observaciones”) la misma secuela en su informe. Estimamos ajustada la concesión de 2 puntos a cada uno de los dos tipos de secuelas, fisiológicas y estéticas.

Visto lo anterior, consideramos procedente la indemnización de 436 días improductivos y dos días de estancia hospitalaria, de lo que, a razón de 56,60 € y 69,61 €, respectivamente -efectuado la reducción del 25%- da como resultado la cantidad de 18.612,60 €. Por los 8 puntos de secuelas fisiológicas, a razón de 744,45 € -atendiendo a la edad de la perjudicada en el momento de emitir este dictamen-, y efectuado la reducción de un 25% justificada en el dictamen pericial con base en la existencia de pérdida de oportunidad, 4.466,70 €. Los 2 puntos de secuelas por perjuicio estético ligero suponen, tras idéntica minoración aplicada por la misma razón, 1.116,67 €. En consecuencia, la suma

total que correspondería a la reclamante ascendería a veinticuatro mil ciento noventa y cinco euros con noventa y siete céntimos (24.195,97 €).

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias y, en consecuencia, debe estimarse parcialmente la reclamación presentada por, indemnizándola en los términos expresados en el mismo.”

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.