

Expediente Núm. 65/2019
Dictamen Núm. 163/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de julio de 2019, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 8 de marzo de 2019 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios que atribuye al error diagnóstico de una rotura del tendón del cuádriceps.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 4 de abril de 2018, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a una deficiente asistencia prestada por el servicio público sanitario.

Expone que el 2 de diciembre de 2016 fue atendido por el Servicio de Urgencias del Hospital, tras sufrir un traumatismo en su rodilla izquierda,

siendo la impresión diagnóstica de "contusión muslo izdo. (vasto externo distal)". Tras esta primera asistencia se vio obligado a acudir al referido centro en más ocasiones ante la falta de mejoría, hasta que finalmente el 22 de marzo de 2017 "es revisado" por el Servicio de Traumatología, "donde en la exploración clínica se aprecia un hachazo supraventricular, así como una dificultad para la extensión contrarresistencia, y tras la realización de (una) RNM (...) se le diagnostica de rotura inveterada tendón cuádriceps izdo." que precisó de intervención quirúrgica, tratamiento conservador y fisioterapia, siendo dado de alta el 31 de julio de 2017 por "estabilización del proceso".

Sostiene que "ha existido una falta de rigor en las diferentes visitas efectuadas, así como en la solicitud de las pertinentes pruebas (...), para llegar a una impresión diagnóstica adecuada y precoz, cosa que no se ha efectuado, para transcurridos 3 meses y 3 semanas ser intervenido, con los consecuentes daños sufridos".

Por ello, de conformidad con el "baremo de la Ley de Tráfico comúnmente utilizada para este tipo de situaciones" solicita una indemnización de veintisiete mil novecientos veinticinco euros con ochenta y cinco céntimos (27.925,85 €), que desglosa en los siguientes conceptos: 7 puntos de secuelas, de los cuales 3 corresponderían a un déficit de flexión a nivel de rodilla, 3 a una gonalgia postraumática y 1 al material de osteosíntesis; 5 puntos de perjuicio estético ligero; un perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, en grado leve, y un perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida durante el periodo comprendido entre el traumatismo y la finalización del tratamiento rehabilitador, de modo que 7 días serían de perjuicio grave y el resto (234 días) de perjuicio moderado. Asimismo, solicita el resarcimiento del perjuicio personal particular causado por la intervención quirúrgica.

Por medio de otrosí, interesa la admisión de los siguientes medios de prueba: interrogatorio del personal médico que ha atendido al paciente en el Servicio de Urgencias los días 2, 8, 9 y 24 de diciembre de 2016 y 25 de febrero, 22 y 24 de marzo, 15 de mayo y 31 de julio de 2017.

Adjunta a su escrito la historia clínica relativa al proceso de referencia y el informe pericial elaborado por un especialista en Valoración del Daño Corporal el 18 de octubre de 2017.

2. El día 9 de abril de 2018, 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. Mediante oficio de 17 de abril de 2018, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital una copia de la historia clínica relativa al proceso de referencia, así como un informe del Servicio de Urgencias sobre el concreto contenido de la reclamación.

4. Con fecha 18 de abril de 2018, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado 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 25 de abril de 2018, la Gerente del Área Sanitaria VII traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene la historia clínica del paciente y un informe suscrito por el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital el 25 de abril de 2018. En este último se deja constancia de que "en ninguna de las exploraciones realizadas por los facultativos de Urgencias y el traumatólogo en las fechas del 2 y el 8 de diciembre de 2016 había evidencias que sugirieran lesiones asociadas que justificasen la realización de más pruebas complementarias; la actuación de los mismos se ajusta a los parámetros recomendados en tales situaciones, con el rigor recomendado (se describe en las exploraciones la búsqueda de lesiones asociadas que pudieran sugerir otros diagnósticos y la ausencia de las mismas)". Señala que "la actuación de los facultativos de Urgencias y Traumatología en las atenciones prestadas en Urgencias en las fechas indicadas

ha sido adecuada, tanto en el rigor necesario como en la solicitud de las pruebas pertinentes” con base en “las exploraciones realizadas”.

6. Obra incorporado al expediente un informe médico-pericial elaborado, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, por una especialista en Medicina Legal y Forense y una licencia en Medicina y Cirugía el 22 de junio de 2018. En él, tras analizar la asistencia sanitaria dispensada al paciente, concluyen que “la demora en el diagnóstico no ha comportado un empeoramiento del pronóstico ni ha modificado las opciones terapéuticas, aunque sí ha supuesto un perjuicio de calidad de vida temporal./ Por ello, la actuación no habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis* y, por lo tanto, correspondería estimar la reclamación”.

7. Con fecha 14 de enero de 2019, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que solicita una copia del expediente y que se le informe del plazo de resolución y los efectos del silencio administrativo.

8. El día 14 de enero de 2019, una especialista en Medicina Interna de la correduría de seguros emite un informe sobre valoración del daño corporal en el que mantiene que “se produjo un retraso en el diagnóstico de la rotura del tendón del cuádriceps y por lo tanto un retraso en la realización del tratamiento quirúrgico reparador indicado. Tras la realización del mismo y el tratamiento rehabilitador el paciente presenta un extensión completa del cuádriceps y una flexión de 120°. El tratamiento de la rotura del tendón del cuádriceps se considera satisfactorio si se alcanza una flexión de al menos 90°, por lo que podemos considerar que el resultado del tratamiento es óptimo. La cirugía y los días de ingreso hospitalario por la misma tampoco son consecuencia del retraso del diagnóstico, ya que el tratamiento de la rotura completa del tendón es siempre quirúrgico. Por lo tanto, solo podemos considerar los días de enfermedad secundarios al retraso diagnóstico. Desde el 2-12-2016 hasta el 31-

07-2017, total 241 días. El tiempo de incapacidad temporal por rotura tendinosa” según el Instituto Nacional de la Seguridad Social “es de 45 días, por lo que hay que restar estos días que incluyen los 7 días de ingreso hospitalario. Por lo tanto quedan 196 días de perjuicio particular moderado”. Con base en ello, y tomando como referencia el baremo indemnizatorio fijado por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, fija en 10.192 € la cuantía a abonar al perjudicado.

9. Mediante escrito de 18 de enero de 2019, 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 4 de febrero de 2019, se persona este en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos de que consta hasta la fecha.

El día 15 de febrero de 2019 presenta un escrito de alegaciones en el que, tras ratificarse en la reclamación, manifiesta que “ha sido acreditado en todo momento el nexo causal entre la mala prestación del servicio, mala praxis y el daño causado”. Por otro lado, pone de relieve que ni la Administración, ni su aseguradora, le han valorado o examinado.

10. Con fecha 21 de febrero de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio, asumiendo íntegramente el contenido del informe médico-pericial de la compañía aseguradora de 22 de junio de 2018. Respecto al *quantum* indemnizatorio, advierte que el reclamante no aporta “argumentación alguna” en contra de la valoración del daño realizada por la correduría de seguros por el perjuicio particular moderado, “que a 52 €/día suponen un total de 10.192 €”.

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de marzo de 2019, 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”. La presentación de la reclamación el 4 de abril de 2018, más de un año después de la fecha en la que se produce la asistencia sanitaria que la motiva -2 de diciembre de 2016-, no determina su extemporaneidad, toda vez que nos encontramos ante un supuesto de daños de carácter físico a las personas, por lo que debemos verificar -en este caso- cuándo tiene lugar la determinación del alcance de las secuelas.

En el supuesto planteado el interesado señala haber sufrido un retraso en el diagnóstico de una rotura tendinosa en la asistencia dispensada por el Servicio de Urgencias del Hospital durante el mes de diciembre de 2016. De la documentación remitida se desprende que una vez alcanzado el diagnóstico correcto -mediante realización de una resonancia el 25 de febrero de 2017- el paciente precisó tratamiento quirúrgico y fisioterapia, finalizando este último el día 31 de julio de 2017; fecha en la que, según el informe del Servicio de Rehabilitación de este centro hospitalario, se decide el alta por estabilización del proceso.

Por tanto, y de acuerdo con el principio de la *actio nata*, debemos entender que el perjudicado no conoce el alcance del daño hasta el momento en que acaba el tratamiento rehabilitador y recibe el alta por estabilización del proceso -el día 31 de julio de 2017-, de modo que, presentada la reclamación con fecha 4 de abril de 2018, debemos concluir que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, observamos que el interesado solicita como medio de prueba el "interrogatorio del personal" médico que le prestó asistencia en el Servicio de Urgencias los días que indica en su escrito. Aunque esta petición no ha sido atendida por el Instructor del procedimiento ni formalmente rechazada, contraviniendo así el requisito de motivación exigido en el artículo 35.1.f) de la LPAC, no consideramos que dicha omisión le haya causado indefensión, puesto que el interesado no cuestionó este extremo cuando compareció en el trámite de audiencia. Además, obran en el expediente datos suficientes que permiten un análisis del fondo del asunto sin necesidad de acudir a los efectos que nos ocupan al testimonio de los facultativos que asistieron al paciente.

Asimismo, se aprecia una excesiva dilación en la instrucción del procedimiento provocada esencialmente por la paralización de su tramitación entre la emisión del informe médico-pericial de la compañía aseguradora -junio de 2018- y el mes de enero de 2019, cuando a instancias del interesado se impulsa aquella nuevamente. Ello da lugar a que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se haya 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 referida Ley.

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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama una indemnización por los

daños que se atribuyen al retraso diagnóstico de una rotura del tendón del cuádriceps.

De la documentación clínica remitida se desprende que el paciente acude el día 2 de diciembre de 2016 al Servicio de Urgencias de un hospital público tras sufrir un traumatismo en la rodilla izquierda como consecuencia de una caída. Al no objetivarse lesión ósea en la radiografía se le da de alta con el diagnóstico de "contusión de muslo izdo.". El día 8 de ese mismo mes acude nuevamente a Urgencias por persistencia del dolor, apreciándose un "hematoma en muslo izquierdo" tras valoración del especialista en Traumatología. El 10 de enero de 2017 es derivado por su médico de Atención Primaria al Servicio de Traumatología, donde le solicitan una resonancia magnética, practicada el 25 de febrero, en la que se observa una "rotura radial del cuerpo del menisco externo" y "rotura completa del tendón del cuádriceps", precisando tratamiento quirúrgico y rehabilitador. Por tanto, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

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

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega.

En el supuesto que nos ocupa el interesado sostiene que "ha existido una falta de rigor en las diferentes visitas efectuadas, así como en la solicitud de las pertinentes pruebas (...), para llegar a una impresión diagnóstica adecuada y precoz, cosa que no se ha efectuado, para transcurridos 3 meses y 3 semanas ser intervenido, con los consecuentes daños sufridos"; consideraciones que figuran en el informe pericial que aporta y que hace suyas para apoyar los reproches que formula al servicio público sanitario.

Concretamente, el especialista que informa a instancias del perjudicado constata que “precisó tres visitas” al Servicio de Urgencias del centro hospitalario y “más de tres meses para llegar al diagnóstico de una rotura tendinosa del tendón del cuádriceps a nivel MII del que con posterioridad” tuvo que ser intervenido quirúrgicamente.

Lo cierto es que según los datos obrantes en la historia clínica remitida al reclamante se le efectuó una radiografía en su primera visita al Servicio de Urgencias -el 2 de diciembre de 2016- que no objetivó lesión ósea, por lo que ante la impresión diagnóstica de “contusión muslo izdo. (vasto externo distal)” se le pautó analgesia y se le colocó un vendaje. Una semana después -el 8 de diciembre de 2016- acude nuevamente al hospital “por dolor intenso”. Tal y como se describe en la exploración realizada por Traumatología, presentaba “hematoma importante en muslo izdo.”, aunque “no presenta signos clínicos de infección, no se palpan discontinuidades en la musculatura ni tendón rotuliano que sugieran lesiones de los mismos, la movilidad de la cadera y la rodilla están conservadas aunque muy dificultadas por el dolor”. No consta que en esta ocasión se realizasen pruebas de imagen, por lo que se prescribe tratamiento farmacológico y se indica revisión por su médico de Atención Primaria. El 10 de enero de 2017 es derivado por su médico de cabecera al Servicio de Traumatología del referido hospital, donde le solicitan una resonancia de la rodilla -que se realiza el 25 de febrero de 2017- hallándose una “rotura radial del cuerpo del menisco externo (...). Rotura completa del tendón del cuádriceps”.

A la vista de ello, es evidente que se ha producido una demora en la detección de la patología que realmente presentaba el paciente, pues la primera visita al Servicio de Urgencias es de diciembre de 2016 pero, tras reiteradas consultas, el diagnóstico definitivo no se alcanzó hasta pasados casi tres meses, cuando se le practica por vez primera durante este proceso asistencial una resonancia. Constatado el retraso, restaría por analizar si el mismo es imputable al servicio público sanitario, como sostiene el reclamante o si, por el contrario, la actuación de los facultativos de los Servicios de Urgencias

y Traumatología fue la adecuada, tal y como defiende el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital, según el cual se solicitaron “las pruebas pertinentes” con base en “las exploraciones realizadas”, ajustándose la actuación del personal “a los parámetros recomendados en tales situaciones”.

Al respecto, la facultativa que informa a instancias de la compañía aseguradora entiende que en la primera asistencia -2 de diciembre de 2016- “se atendió de manera correcta según clínica”, puesto que “no había nada en la exploración que hiciera sospechar la existencia de una lesión tendinosa”. En cambio, juzga insuficientes los estudios practicados en la segunda asistencia 8 de diciembre de 2016-, ya que ante la clínica que presentaba el paciente (importante hematoma y signos inflamatorios con dolor importante) “hubiera precisado de la realización de pruebas de imagen de manera urgente (ecografía) para mayor aproximación diagnóstica”. Explica que “probablemente la rotura tendinosa se produjo en un segundo tiempo entre la primera y la segunda asistencia”, lo que -refiere- es propio de la evolución de este tipo de traumatismos, y así se recoge en la literatura médica. Sin perjuicio de lo anterior, afirma que tras el diagnóstico “se ha actuado conforme a protocolos y la evolución ha sido favorable con mínimas secuelas y similares a aquellas que hubiera presentado con el diagnóstico en el inicio del proceso”. Por ello concluye que, si bien el retraso en la detección de la rotura tendinosa “no ha comportado un empeoramiento del pronóstico ni ha modificado las opciones terapéuticas”, lo cierto es que “ha supuesto un perjuicio de calidad de vida temporal”.

Ante estas aseveraciones, la Administración sanitaria reconoce la existencia de un retraso diagnóstico y asume íntegramente las conclusiones del mencionado informe pericial en la propuesta de resolución; parecer que comparte este Consejo. Esto es, consideramos acreditada una infracción de la *lex artis* como consecuencia de la ausencia de pruebas adecuadas al paciente la segunda vez que acude al Servicio de Urgencias -8 de diciembre de 2016-, dado que desde la radiografía que se le efectuó cuando fue visto por primera vez en el hospital en el mes de diciembre hasta que en febrero se le realiza una RNM

no se le practicó ningún otro estudio de imagen, a pesar de reiterarse las visitas y consultas al centro sanitario, lo que imposibilitó un diagnóstico precoz de la patología que presentaba, que si bien no ha supuesto una pérdida de oportunidad terapéutica sí ha prolongado el tiempo de curación, tal y como analizamos en la consideración siguiente.

SÉPTIMA.- Tras lo señalado, solo nos queda pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria que ha de reconocerse al reclamante.

Como hemos manifestado en ocasiones precedentes, para el cálculo de la indemnización correspondiente a los conceptos resarcibles parece apropiado servirse del sistema establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del Sistema para la Valoración de los Daños y Perjuicios causados a las Personas en Accidentes de Circulación, que no siendo de aplicación obligatoria es generalmente utilizado, con carácter subsidiario, a falta de otros criterios objetivos. Las cantidades a tener en cuenta son las previstas para el año en curso según lo establecido en la Resolución de 20 de marzo de 2019, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del sistema para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (*Boletín Oficial del Estado* de 4 de abril de 2019).

El perjudicado cifra los daños padecidos en la cantidad de 27.925,85 €, que desglosa en los siguientes conceptos: 7 puntos de secuelas, de los cuales 3 corresponderían a un déficit de flexión a nivel de rodilla, 3 a una gonalgia postraumática y 1 al material de osteosíntesis; 5 puntos de perjuicio estético ligero; un perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, en grado leve, y un perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida durante el periodo comprendido entre el traumatismo y la finalización del tratamiento rehabilitador, de modo que 7 días serían de perjuicio grave y el resto (234 días) de perjuicio moderado. Asimismo, solicita el resarcimiento del perjuicio personal particular causado por la intervención quirúrgica.

Por su parte, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas propone resarcir al interesado en una cuantía de 10.192 € en atención a las consideraciones formuladas por la correduría de seguros.

En primer lugar, y por lo que respecta a las secuelas, debemos determinar si las mismas derivan causalmente del traumatismo sufrido o si su aparición se debe al retraso diagnóstico. Al respecto, en el informe pericial aportado por el reclamante, la gonalgia y el déficit de flexión no se vinculan expresamente a la asistencia sanitaria dispensada, sino que simplemente se indica que tienen carácter "postraumático". Asimismo hemos de recordar que la facultativa que informa a instancias de la compañía aseguradora afirma, en su informe de 22 de junio de 2018, que esa demora "no ha comportado un empeoramiento del pronóstico ni ha modificado las opciones terapéuticas", siendo las secuelas "similares a aquellas que hubiera presentado con el diagnóstico en el inicio del proceso". Tampoco en el informe de valoración del daño que toma como referencia el Instructor del procedimiento se asumen esas dolencias como secundarias al proceso asistencial. Estas consideraciones médicas, coincidentes en el fondo, fueron conocidas por el interesado con ocasión del trámite de audiencia, sin que hayan sido refutadas con evidencias probatorias que permitan atribuir las secuelas al retraso diagnóstico en lugar de al traumatismo tras la caída, por lo que no puede acogerse que la gonalgia o las limitaciones a la movilidad sean secuelas secundarias al proceso asistencial que analizamos. Idénticas conclusiones se predicen respecto a las cuantías solicitadas en concepto de material de osteosíntesis, intervención quirúrgica o perjuicio estético, por no guardar una relación causal con la mala praxis descrita en la consideración anterior y vinculada al retraso diagnóstico pero no a la práctica de la intervención quirúrgica practicada, inevitable por razón de la propia lesión. Como consecuencia de ello, tampoco apreciamos la existencia de un perjuicio moral por pérdida de la calidad de vida ocasionada por las secuelas.

Finalmente, respecto al perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida, el reclamante considera los días transcurridos entre la primera vez que acude al Servicio de Urgencias -2 de diciembre de 2016- y la finalización del tratamiento rehabilitador -31 de julio de 2017-. Por su parte, la Administración sanitaria detrae de ese periodo de 241 días "el tiempo de incapacidad temporal por rotura tendinosa", que según el Instituto Nacional de la Seguridad Social "es de 45 días (...) que incluyen los 7 días de ingreso hospitalario", asumiendo que durante ese tiempo el perjudicado se habría encontrado igualmente incapacitado para llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal en atención a la patología que sufrió como consecuencia de la caída, con independencia de que el diagnóstico adecuado se hubiera alcanzado en la primera visita al Servicio de Urgencias. Por ello, valora la existencia de 196 días de perjuicio particular en grado moderado. Ante los razonamientos esgrimidos por la Administración sanitaria, que no han sido combatidos por el interesado, este Consejo coincide en excluir del cómputo el tiempo estándar de incapacidad temporal para esta patología, aunque debemos matizar que el inicio del periodo por lesiones temporales debe fijarse, de conformidad con lo expuesto, en el día 8 de diciembre de 2016, toda vez que en la primera asistencia se le realizaron al paciente los estudios adecuados en atención a los signos y síntomas que presentaba y es a partir de la segunda asistencia cuando se aprecia un déficit de pruebas idóneas que impidieron un diagnóstico precoz; máxime si tenemos en cuenta que se asume como probable que la rotura tendinosa se produjo en el periodo comprendido entre esas dos fechas, como evolución propia de este tipo de traumatismos.

En definitiva, tomando como referencia las cuantías indemnizatorias actualizadas por Resolución de 20 de marzo de 2019, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que fija en 53,81 € la cantidad diaria a percibir en los casos de perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida en grado moderado (en este caso, 190 días por el tiempo transcurrido entre la segunda asistencia -8 de diciembre de 2016- y el alta del Servicio de Rehabilitación -31 de julio de 2017-), corresponde indemnizar al interesado en

la cuantía de diez mil doscientos veintitrés euros con noventa céntimos (10.223,90 €).

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 expresados en el cuerpo de este dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,