

Expediente Núm. 220/2019
Dictamen Núm. 231/2019

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
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 3 de octubre 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 3 de septiembre de 2019 -registrada de entrada el día 6 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 a un retraso en el diagnóstico de una fractura supracondílea de húmero.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 5 de julio de 2018, la reclamante presenta en el Registro General de la Delegación del Gobierno de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños sufridos como consecuencia de la falta del oportuno diagnóstico de una fractura supracondílea de húmero.

Expone que el 25 de julio de 2016, tras sufrir una caída en la vía pública, fue trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital, “donde le diagnosticaron contusión de hombro derecho y le pautan ingesta de paracetamol” y que con posterioridad, el 23 de agosto de 2016 “acude de nuevo al servicio de urgencias del (Hospital) por fuerte dolor y rigidez en el codo derecho, así como gran equimosis, por lo que le realizan las pruebas pertinentes y se solicita TAC y finalmente se le diagnostica fractura supracondílea de húmero causada el día de la caída”.

Manifiesta que “tras recibir una comunicación del (Hospital) reconociendo un evidente error de diagnóstico (...) fue intervenida quirúrgicamente con mal resultado el día 5 de septiembre de 2016, debido al tiempo transcurrido desde la fractura hasta su diagnóstico”. Refiere que en el momento actual ha pasado “de ser una persona totalmente independiente” a necesitar “ayuda parcial para el aseo y para la alimentación”.

Señala que “por indicaciones de traumatología del (Servicio de Salud del Principado de Asturias) ha realizado consultas de traumatología periódicas y tratamiento rehabilitador, hasta que finaliza el mismo y el traumatólogo del (Hospital) (...) le solicita TAC de codo derecho para comprobar su estado tras los tratamientos realizados y le expide el alta médica definitiva con fecha 16 de marzo de 2018”.

Acompaña a su escrito, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital, de 25 de julio de 2016, en el que se diagnostica contusión en hombro derecho y se resumen las pruebas de laboratorio y radiológicas. b) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital, de 23 de agosto de 2016, con el diagnóstico de una “fractura supracondilea de húmero”. c) Informe del equipo de enfermería de la residencia del ERA de Infiesto, de 25 de agosto de 2016, en el que se señala que la reclamante, desde el ingreso en este centro y hasta el 24 de julio de 2016, era una persona totalmente independiente para la realización de las actividades normales de la vida. d) Informe clínico de alta del Hospital, de 9 de septiembre de 2016, en el que figura como diagnóstico principal “fractura distal

humeral derecha” de más de cinco semanas de evolución. e) Informe clínico de consulta externa del Servicio de Traumatología del Hospital, de 15 de octubre de 2016, en el que se recoge que, tras el alta hospitalaria, y por evolución posoperatoria favorable, “se retiran puntos de sutura y se indica rehabilitación dirigida”. f) Dos escritos, de 23 de febrero de 2017, del Hospital relativos a la valoración y tratamiento por parte del Servicio de Rehabilitación domiciliaria. g) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital, de 16 de marzo de 2018, en el que se advierten cambios en relación con la fractura de la paleta humeral derecha.

Finalmente, el escrito fija la cuantía indemnizatoria en ochenta y dos mil setecientos veintiséis euros con sesenta y cuatro céntimos (82.726,64 €).

2. El Jefe de Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, mediante comunicación de 13 de julio de 2018, pone en conocimiento de la reclamante la fecha de recepción de su escrito en ese servicio, el plazo máximo para resolver y los efectos de la falta de resolución expresa.

3. A solicitud del Inspector de Servicios y Centros Sanitarios, el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV, por escrito de 17 de agosto de 2018, remite un CD que contiene una copia de la historia clínica, así como informes de los Servicios de Urgencias y de Traumatología del Hospital

4. Con fecha 22 de enero de 2019, la interesada señala a la Administración que la última notificación recibida sobre este expediente fue de fecha 13 de julio de 2018 y que, a requerimiento telefónico de parte, se le comunicó que le iban a dar traslado de la respuesta a la reclamación, solicitando por ello y por escrito, contestación a la reclamación presentada.

5. El día 13 de marzo de 2019, a instancia de la entidad aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, emite informe una Licenciada en

Medicina y Cirugía, Máster en Valoración del Daño Corporal y Diplomada en Medicina del Seguro. Tras analizar el proceso asistencial prestado, se considera que en la primera asistencia a Urgencias la reclamante no hizo referencia a la presencia de dolor ni impotencia funcional a nivel de codo y que en el informe de alta se refleja la ausencia de hematomas y crepitaciones; que durante el tiempo transcurrido entre la primera asistencia a urgencias y la segunda (que cifra en un mes) no existieron demandas de asistencia médica, a pesar de que la presencia de una fractura hubiera supuesto molestias y dolor; que en la segunda asistencia a urgencias se describe equimosis importante a nivel de olecranon y flexura de codo y una fractura en proceso de consolidación advertida de la radiografía realizada el 25 de agosto de 2016; y se concluye que no se puede concretar una cronología exacta de la fractura, ni admitir con claridad un nexo de causalidad entre la caída y la lesión motivo de reclamación siendo el resultado de la intervención, la prolongación del periodo de estabilización y la presencia de secuelas determinados por diferentes factores no atribuibles únicamente al retraso en el tratamiento quirúrgico.

6. Evacuado el trámite de audiencia, el 1 de abril de 2019 la interesada comparece en las dependencias administrativas y obtiene copia del expediente, presentando el día 9 de abril de 2019 un escrito de alegaciones en el que reitera la argumentación vertida en su escrito inicial, refuta las conclusiones del informe pericial aportado por la aseguradora.

7. El día 3 de mayo de 2019, previa solicitud del instructor del procedimiento, se emite informe actualizado de la radiografía realizada el 23 de agosto de 2016, a fin de comprobar si la fractura era reciente o si, por el contrario, se trata de una fractura de varias semanas de evolución. El informe, tras ratificarse en el diagnóstico inicial, indica que "la radiografía presenta signos de consolidación".

8. Remitidas las alegaciones de la reclamante a la compañía aseguradora, ésta aporta un nuevo informe pericial, suscrito por la misma facultativa, en el que concluye que la actuación médica no fue conforme con los protocolos y la *lex artis*, procediendo a estimar la reclamación. Asume que “se produjo un retraso en el diagnóstico y con ello una pérdida de oportunidad y una prolongación del período de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida”, si bien concurren en la perjudicada “diferentes factores entre los que se incluye la idiosincrasia personal” por los que “no es posible atribuir la situación clínica al retraso en el tratamiento quirúrgico únicamente”.

Adjunta un informe acerca de la valoración de daño corporal, que se estima en dos mil novecientos setenta y cuatro euros con dos céntimos (2.974,02 €). Reconoce un retraso en el diagnóstico de 29 días y considera que el resto del periodo posquirúrgico y de recuperación sería similar al que habría resultado para la paciente si se hubiese realizado desde el primer momento un diagnóstico correcto. Valora las secuelas conforme al baremo, si bien practica una reducción del 50% “por factores de riesgo mal pronóstico intrínsecos de la paciente”.

9. Como consecuencia de la incorporación de esta documentación al expediente, se practica un nuevo trámite de audiencia a la interesada quien, por escrito presentado el 16 de julio de 2019 pone de manifiesto que se ha incurrido en un “error en la tramitación de este expediente toda vez que ya ha acudido al trámite de audiencia, ya ha obtenido copia del expediente y ya ha presentado (...) escrito de alegaciones, estando a la espera de respuesta a dicho trámite”.

10. Con fecha 12 de agosto de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en la que asume el criterio de la segunda pericial librada por la aseguradora, y propone estimar parcialmente la reclamación y reconocer el

derecho de la interesada a ser indemnizada en una cuantía de dos mil novecientos setenta y cuatro euros con dos céntimos (2.974,02 €).

11. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de septiembre 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, letra 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 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.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”. En el presente supuesto, dado que el informe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica en el que se determina el alcance de las secuelas es de 16 de marzo de 2018 y que la reclamación se presenta con fecha 5 de julio de 2018, es claro 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 informes de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Se observa que a la fecha de entrada del expediente en este Consejo se había rebasado 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 que esta se adopte, 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 por los daños derivados de un retraso diagnóstico, pues el Servicio de Urgencias del Hospital consideró "contusión de hombro derecho" lo que posteriormente se objetivó como "fractura supracondílea de húmero", de la que fue intervenida tardíamente y que le ha ocasionado diversas secuelas.

De la documentación obrante en el expediente resulta acreditada la efectividad del daño sufrido: los padecimientos derivados del retraso diagnóstico y ciertas secuelas.

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 sanitario 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 (por todos, Dictamen Núm. 135/2018), 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 en el contexto de las circunstancias apreciadas en cada caso. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por 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 necesarias 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 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 la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe 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 el caso que nos ocupa, de la documentación obrante en el expediente resulta que a la interesada se le diagnosticó inicialmente, por el Servicio de Urgencias, una contusión en el hombro derecho, a pesar de que ella refirió

dolor a la palpación “de todo el brazo” y no únicamente a la movilización del hombro. Persistiendo el dolor acude un mes más tarde de nuevo a Urgencias, el 23 de agosto de 2016, fecha en la que se le diagnostica una fractura supracondílea de húmero.

En este contexto, la aseguradora de la Administración aporta un primer informe pericial en el que se razona que el diagnóstico inicial se ajustó a la sintomatología manifestada por la paciente, pero tras el traslado de las alegaciones de la perjudicada y el informe ampliatorio del Servicio de Traumatología en el que se ratifica que la fractura presenta signos de consolidación, emite un segundo informe en el que asume que “se produjo un retraso en el diagnóstico y con ello una pérdida de oportunidad y una prolongación del período de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida”, si bien concurren en la perjudicada “diferentes factores entre los que se incluyen la idiosincrasia personal” por los que “no es posible atribuir la situación clínica al retraso en el tratamiento quirúrgico únicamente”. La propuesta de resolución asume íntegramente el criterio de esta segunda pericial aportada, por lo que propone estimar parcialmente la reclamación.

En el caso examinado debe estimarse, en consecuencia, que se ha producido la invocada infracción de la *lex artis ad hoc*, en la medida en que la sintomatología de la paciente debió conducir al examen más detenido y la práctica de las pruebas oportunas para descartar o confirmar la fractura.

Asimismo se objetiva que, a raíz del retraso diagnóstico, la reclamante sufrió “una prolongación del período de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida” tal como reconoce la perito que informa a instancias de la aseguradora. En esa misma pericial se alude a una “pérdida de oportunidad”, pero en ningún momento se justifica que de haberse abordado oportunamente la fractura el resultado pudiera ser eventualmente el mismo -pérdida de movilidad en el codo-, limitándose a anudar esa consecuencia dañosa a la concurrencia del retardo con otros factores ligados a los antecedentes personales de la paciente (“factores de riesgo de mal pronóstico”, tales como edad, artrosis previa, obesidad o limitación de la movilidad previa). Por ello, no

nos enfrentamos, en rigor a una “pérdida de oportunidad” sino a la eventual incidencia en el resultado final de las patologías previas de la reclamante.

Al respecto, este Consejo advierte que en los supuestos en los que no media una ligazón manifiesta entre esos antecedentes personales y las secuelas sufridas -como ocurre ante una limitación de movilidad de codo para la que no se revelan apriorísticamente idóneas las patologías previas invocadas-, debe exigirse una cumplida justificación del engarce entre esos padecimientos de base y la secuela pues de otro modo esta no puede atribuirse, siquiera parcialmente, a dolencias que no se relacionan notoria o comúnmente con el resultado final, ante las que no es presumible la incidencia que conduce aquí a la reducción del *quantum* indemnizatorio. En el supuesto analizado, ninguna de las periciales obrantes en el expediente desciende a argumentar o justificar la pretendida incidencia, que tampoco se revela presumible o manifiesta, por lo que debe desecharse. Los técnicos de la aseguradora se limitan a aludir genéricamente a factores de riesgo “de mal pronóstico”, de los que tratan de deducir después, sin ulterior justificación o concreción, una incidencia cierta de los mismos en la secuela, lo que pugna con la propia calificación “de mal pronóstico”, expresiva de una incertidumbre.

En conclusión, y como resultado de la valoración conjunta de los elementos probatorios obrantes en el expediente, resulta acreditada la existencia de un daño producido como consecuencia de un diagnóstico inicial erróneo que provocó un retraso tanto en la correcta diagnosis como en el abordaje de la fractura. Así pues, resultan acreditadas tanto la existencia de un daño antijurídico como la relación de causalidad entre éste y el funcionamiento del servicio público.

SÉPTIMA.- En relación con la valoración del daño, la interesada, en el escrito de reclamación, lo cuantifica en ochenta y dos mil setecientos veintiséis euros con sesenta y cuatro céntimos (82.726,64 €), si bien no desglosa el cálculo efectuado ni alude a las reglas de cuantificación empleadas, limitándose a

reseñar que la cuantía se fijó tras el alta médica teniendo en cuenta el periodo invertido en la sanidad de las lesiones y el alcance de las secuelas.

Por su parte, la propuesta de resolución asume la valoración llevada a cabo por el informe pericial del daño corporal que aporta la aseguradora, cifrando el resarcimiento en dos mil novecientos setenta y cuatro euros con dos céntimos (2.974,02 €). La pericial de la aseguradora distingue razonadamente entre la valoración de las lesiones temporales y la de las secuelas. En cuanto a la primera, parte del dato de que se produce un retraso en el diagnóstico de 29 días y que el resto del periodo posquirúrgico y de recuperación sería similar al que habría resultado para la paciente si se hubiese realizado desde el primer momento un diagnóstico correcto, concluyendo que procedería indemnizar por 29 días de perjuicio particular moderado (a razón de 52 € al día), lo que se traduce en 1.508 €. En cuanto a la valoración de las secuelas, se reconoce limitación funcional del codo, de flexión (1 punto), para su extensión (1 punto) y artrosis postraumática (2 puntos). La suma de todo ello (4 puntos) se traduce en una indemnización de 2.932,05 €; sin embargo, dado que la paciente presenta factores de riesgo de mal pronóstico (edad, artrosis previa, obesidad, limitación previa de la movilidad), independientemente del retraso de diagnóstico, se aplica una reducción del 50% a la cuantía antes citada, lo que finalmente la deja en 1.466,02 €. El informe de valoración del daño corporal explicita que para la estimación de las cuantías se ha recurrido al baremo de 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, si bien no acude a las cuantías actualizadas correspondientes a 2019.

Como viene señalando este Consejo en supuestos similares (por todos, Dictamen Núm. 132/19), la operación para el cálculo de la indemnización ha de reconducirse, a falta de otros parámetros objetivos, a las reglas de baremación de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, contenidas en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor. Como ya ha sido señalado, estas reglas

han sido las utilizadas para la elaboración del informe pericial del daño corporal que aporta la aseguradora, mientras que la reclamante se limita a solicitar un tanto alzado sin mayor desglose, por lo que hemos de atender al parámetro que adopta la aseguradora, frente al que nada opone la interesada en trámite de alegaciones. Ahora bien, debe acudir a sus cuantías actualizadas; en concreto las establecidas 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).

Respecto a la valoración de las lesiones temporales, se observa que el informe pericial aportado por la aseguradora, y que asume la propuesta de resolución, se ajusta a lo establecido en los artículos 136, 139 y concordantes del citado Texto Refundido.

En relación con a la valoración de las secuelas, el informe se adecúa a lo prevenido en los artículos 93, 95, 97 y concordantes de la misma norma sin embargo, es preciso evidenciar algunas inexactitudes o carencias. En primer lugar, según lo dispuesto por artículo 34.3 de la LRJSP, la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, por lo que ha de referirse a la edad que la reclamante tenía en aquél momento, esto es, 61 años (siendo su fecha nacimiento el 30 de enero de 1955 y habiendo sufrido el daño -por omisión de la prueba adecuada- en julio de 2016, ni son 63 años, como se indica en el apartado dedicado al objeto del informe, ni 62, como se recoge en las consideraciones médico-legales). Teniendo esto en cuenta, y aceptando los cuatro puntos concedidos por las secuelas, le corresponde por este concepto a la interesada una indemnización de 2.955,26 €. En segundo lugar, en las consideraciones médico-legales, el informe indica que al presentar la paciente factores de riesgo de mal pronóstico (edad, artrosis previa, obesidad, limitación de la movilidad previa), procede una reducción en la indemnización de las secuelas del 50 %; por contra, estimamos que esta reducción no resulta procedente dado que, tal como razonamos en la

consideración anterior, no se aporta ni la más mínima justificación técnica acerca de la influencia que pueden tener esas condiciones previas de la reclamante (tales como la edad o la obesidad) en el resultado secuelar.

Así pues, a la vista de las consideraciones hasta aquí efectuadas, siendo el montante de la indemnización por lesiones temporales de 1.560,49 € y el correspondiente a las secuelas 3.058,21 €, la cuantía a abonar a la interesada asciende a cuatro mil seiscientos dieciocho euros con setenta céntimos (4.618,70 €).

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.