

Expediente Núm. 250/2012
Dictamen Núm. 349/2012

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 29 de noviembre de 2012, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente acuerdo:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de septiembre de 2012, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del funcionamiento del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 1 de diciembre de 2011, la madre del menor presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la, a su juicio, deficiente asistencia prestada al mismo por el servicio público sanitario.

Refiere que su hijo “sufrió un accidente de motocicleta el pasado 2 de febrero de 2008, siendo diagnosticado de fractura 1/3 proximal de fémur

izquierdo y tratado ortopédicamente mediante tracción indirecta y colocación de espica de yeso, y alta hospitalaria el 3 de marzo de 2008 (...). Sin embargo, la sintomatología tras retirar el yeso no era la mejor y (...) el 14 de abril es llevado por su madre a Urgencias (...), diagnosticándosele sospecha de lesión meniscal, siendo realizada una RNM el 28 de abril de 2008 (85 días tras traumatismo) con la conclusión de rotura parcial de ligamento cruzado anterior". Finalizada la rehabilitación "se han seguido controles periódicos (...) hasta el pasado 27 de enero de 2011", cuando se le expide el "alta médica por curación" con "la prescripción (...) de jugar al fútbol". Ante la disconformidad de la madre, "se consigue seguimiento paralelo por (un) traumatólogo" de otro hospital de la red pública que, "en marzo (de) 2011", informa que "el menor aún presenta acortamiento de 1,5 cm, prescribiéndole seguir con plantilla y revisión en 6 meses".

Con base en ello, "denuncia la falta de diagnóstico a tiempo (...) de la rotura parcial de ligamento cruzado anterior (...), ahora ya crónica y sin posibilidad de reconstruir (...). Se reclama por esta pérdida de oportunidad y daño irreparable", por un "error de tratamiento, al expedir 'alta por curación, sin acortamiento', cuando resulta que sigue existiendo acortamiento y, por tanto, necesidad de control médico, lo que excluye el alta, y, menos aún, por curación", y por un "error de tratamiento al prescribir jugar al fútbol".

Se acompañan a la reclamación copias de los siguientes documentos: a) Informe del Servicio de Traumatología del Hospital "X", de fecha 3 de marzo de 2008, en el que consta cita para revisión un mes más tarde. b) Informe de revisión. c) Informe del Servicio de Urgencias, de 14 de abril de 2008, por "dolor e inflamación en rodilla", en el que figura la impresión diagnóstica de "sospecha lesión meniscal" y una cita para consulta "el día 18/04". d) Informe de radiología, de 30 de abril de 2008, con el resultado de la RM practicada. e) Informe de alta del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, de 19 de junio de 2008, con recomendación de "alza de 2 cm" y de "evitar, por el momento, actividades físicas que conlleven salto o carrera". f) Informe de la pediatra del

centro de salud del menor en el que se anota "21-12-2007 (...), en revisión de salud de los 10 años se sospecha miembro inferior izquierdo más largo que el derecho", y "14-04-2008 (...), tras la retirada de la escayola hace días la madre le nota la rodilla muy inflamada y llama por teléfono, le recomiendo acudir a Urgencias (...), se realiza resonancia magnética el día 24-04-2008 (...) que puede sugerir una rotura parcial./ Derivo entonces a petición de la madre a traumatólogo de cupo" en Hospital "Y". g) Informe del Servicio de Traumatología del hospital que le atiende tras el accidente, en el que se relatan las revisiones anuales, anotándose, el primer año de evolución -9 de enero de 2009-, "dismetría 2 cm"; el segundo -15 de enero de 2010-, "acortamiento de 1 cm", y el tercero -27 de enero de 2011-, "excelente movilidad./ No acortamientos./ Juega al fútbol". h) Informe del Hospital "Y", de fecha 15 de marzo de 2011, en el que se refleja que es alta el 5 de octubre de 2010 y que, "valorado en abril de 2010, presentaba leve inestabilidad en rodilla izq. y acortamiento de MI izq. de 1,5 cm./ Seguir con plantilla de un cm y rev. en 6 meses".

2. Con fecha 27 de diciembre de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a la interesada la fecha de entrada 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. Al propio tiempo, la requiere para que acredite su condición de madre del perjudicado y la cuantificación del daño o la indicación de las causas que motivan "la imposibilidad de realizarla".

El día 10 de enero de 2012, la reclamante presenta un escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que cuantifica el daño en cuarenta mil quinientos euros (40.500,00 €), "por la lesión de ligamentos cruzados" y por el acortamiento del miembro inferior izquierdo en menos de 3 centímetros. Presenta copias del Libro de Familia y del documento nacional de identidad suyo y de su hijo en las que se aprecia la relación filial.

3. Durante la instrucción, se incorporan al expediente, remitidos por los centros hospitalarios que atendieron al paciente, copias de su historial clínico y de los informes librados por los servicios a los que se imputa el daño.

En la historia clínica del Hospital "X" se objetiva que el paciente, de 10 años de edad, "llega a Urgencias por traumatismo MII, dolor intenso, deformidad llamativa, puesto collarín cervical" el 2 de febrero de 2008, practicándosele ese mes hasta seis "Rx control"; se le confirma el diagnóstico de fractura de "1/3 proximal de fémur izquierdo" e ingresa para tratamiento ortopédico, causando alta hospitalaria el 3 de marzo de 2008. Se le señala entonces "convalecencia en su domicilio por un periodo de 6 semanas" y revisión para el 4 de abril de 2008, realizando previamente radiografía de control, en la que se observa que "hay callo", anotándose en las hojas de curso clínico "retiramos yeso (...), volver 1 mes". Ingresa por Urgencias el 14 de abril de 2008 por "dolor e inflamación en rodilla", con la impresión diagnóstica de "sospecha lesión meniscal", por lo que se le solicita resonancia magnética que se efectúa el día 28, recogiendo el informe de radiología que "en ligamento cruzado anterior se visualizan algunas fibras en posición normal, el resto presentan una discreta alteración en la señal, aunque se visualiza con dificultad. El hallazgo puede sugerir rotura parcial, en el momento actual no hay derrame articular significativo que sugiera una lesión aguda (...). Moderada atrofia muscular, probablemente secundaria a inmovilización". Figura en las hojas del curso clínico que el 9 de mayo de 2008 se solicita tratamiento rehabilitador, que el 11 de julio del mismo año se pauta "potenciar cuádriceps" y "volver 6 meses" y que el 9 de enero de 2009 "se encuentra bien", persistiendo solo "disimetría 2 cm". Se suceden dos nuevas revisiones anuales, y en la más reciente -27 de enero de 2011- el menor refiere que juega al fútbol y presenta excelente movilidad, sin acortamientos.

Entre la documentación remitida por el Hospital "X" obran unas notas de progreso en las que se reseña que en la revisión de 6 de abril de 2010 "persiste leve inestabilidad en rodilla" izquierda.

En el informe librado por el traumatólogo que le atiende en el Hospital "Y" parece que, confusamente, se consignan en el encabezamiento unas fechas de consulta y de alta; se detalla que el paciente "fue atendido en consulta (...) el 3-6-2008, confirmándose la consolidación de la fractura, presentando varo a nivel del callo de fractura y un acortamiento del fémur de unos 3 cm en el lado izquierdo, compensado parcialmente por una menor longitud de la tibia derecha, siendo el acortamiento del miembro de 2,2 cm; dada la edad del paciente se citó para controles posteriores, puesto que el crecimiento de las extremidades puede modificar la disimetría y corregir el varo femoral. Presentaba una leve inestabilidad anterior de rodilla izq./ Acudió a consulta el 30-9-2008 refiriendo lumbalgia en relación con la práctica deportiva, recomendando la utilización de una plantilla (...) y (...) revisión al año. Acude (...) el 06-04-2010, persistiendo leve inestabilidad anterior en rodilla izq. con buena movilidad de la misma; se realizó telemetría de miembros inferiores de control apreciando una corrección parcial (...), siendo el acortamiento global del miembro inferior izquierdo de 1,5 cm (...). Se practicó control radiológico el 5-10-2010, manteniéndose la misma disimetría; posteriormente se emitió informe a petición del SAU el 15-3-2011 con el resultado de la revisión anterior. No habiendo constancia de más revisiones en este año./ Con una disimetría de 1,5 cm se recomienda compensar la misma parcialmente y no debe (...) suponer limitación alguna para realizar cualquier tipo de actividad; en cuanto a mantener revisiones periódicas es con objeto de controlar la evolución de la disimetría (...), aunque con la edad del paciente y el tiempo de evolución lo previsible es que no se modifique".

En el informe emitido por el traumatólogo que le atiende en el Hospital "X", fechado el 24 de febrero de 2012, se señala que "ante una fractura de fémur producida por un mecanismo de alta energía, como fue el caso, el dolor

se centra en el fémur, siendo a priori difícil detectar lesiones menores como (...) la rotura parcial del ligamento cruzado anterior de la rodilla (...), que solo una vez retirado el yeso y pasados unos días en que empezaba a movilizar la misma presentó (...) dolor, motivo por el cual se solicitó una resonancia magnética". Añade que "la rotura parcial del ligamento cruzado anterior (...) no es una rotura completa y no requiere reconstrucción quirúrgica, por lo cual no se puede aceptar el supuesto (...) daño irreparable y pérdida de oportunidad. Se realizó el diagnóstico a tiempo y el tratamiento de la rotura parcial del ligamento cruzado, que consiste en la rehabilitación, se inició igualmente a tiempo (al mes de la retirada del yeso el paciente ya estaba rehabilitando)". En cuanto a la disimetría, se reseña que a los tres años era "inexistente clínicamente", por lo que el menor es dado de alta "sin limitación alguna para cualquier tipo de actividad (fútbol incluido) y con una rodilla carente de inestabilidades".

4. El día 6 de marzo de 2012, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él reseña que una vez detectada la rotura de ligamentos, "al ser (...) solo parcial, no precisó reconstrucción quirúrgica, y solo rehabilitación, que se inició en tiempo y forma (al mes de retirar el yeso); por tanto, diagnóstico ligeramente tardío pero sin repercusión funcional alguna". Manifiesta que "el tratamiento más utilizado en las fracturas de fémur es el conservador, en más de un 70% de los casos"; que "las complicaciones (...) se presentan en un 17% de los casos (...), pero más en relación con el tratamiento quirúrgico que con el conservador", y que en el supuesto analizado la decisión se adoptó de forma "colegiada" por los "traumatólogos del Servicio". Advierte que el tratamiento aplicado fue aquí el correcto, y que "las complicaciones pueden presentarse en cualquier tipo de tratamiento en forma de asimetría de extremidades, deformidades angulares, unión retardada, etc.", observándose que "las que se presentaron en este proceso asistencial fueron subsanadas de forma correcta y

minimizando sus efectos". Así, "ante la sospecha clínica de la aparición de complicaciones, el examen inicial de elección es el estudio radiográfico, como en este caso se hizo (...), apreciándose un acortamiento inicial del miembro fracturado de unos 2 centímetros, disimetría perfectamente tolerada, como demuestra la telerradiografía de columna y pelvis que se le realizó el 11 de julio de 2008, en la que no se aprecian desviaciones de columna ni báscula pélvica alguna. Cuando las disimetrías son de 1 centímetro no precisan corrección alguna (...), aunque igualmente se colocó un alza (...). En las distintas visitas se fue viendo y valorando cómo a los dos años de ocurrir el accidente el acortamiento pasó a un centímetro y cómo transcurridos dos años y más a los 3 años era el acortamiento clínicamente inexistente./ En relación con (el) tratamiento a seguir, ya quirúrgico, ya ortopédico, hay discrepancias de traumatólogos", decidiéndose "en función de múltiples factores, como la edad, la presencia de trauma múltiple, la historia familiar del paciente, la localización, la estabilidad". Indica, finalmente, que "la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos (...) propone en niños mayores, a partir de 13 años, el tratamiento quirúrgico (...), aunque en España se sigue usando más el tratamiento conservador".

5. Mediante escritos de 14 de marzo de 2012, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una 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.

6. Con fecha 3 de julio de 2012, emite informe una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora, suscrito por tres especialistas, uno de ellos en Traumatología y Cirugía Ortopédica y los otros dos en Traumatología y Ortopedia. En él subrayan que "en edades precoces sería aceptable, e incluso deseable, cierto grado de acabalgamiento interfragmentario con acortamiento, en especial en fracturas de la diáfisis femoral, debido a su tendencia al

'hipercrecimiento' con la consiguiente dismetría". Señalan que, si bien "pudo pasar desapercibida la existencia de una lesión a nivel del ligamento", tal circunstancia "no implica un diagnóstico inadecuado (...), dado que la exploración de la rodilla afectaba resultaba prácticamente imposible por la fractura del fémur, quedando su sintomatología solapada por la misma", añadiendo que el tratamiento de inmovilización fue "correcto y acorde a la situación de inestabilidad de la fractura" y que, detectada la lesión parcial del ligamento una vez retirada la inmovilización, "esta demora no produjo (...) modificación alguna sobre el pronóstico de la lesión". Razonan que "el tratamiento de las roturas parciales de ligamento cruzado anterior en estas edades es conservador, recomendándose rehabilitación a fin de potenciar la musculatura y estabilizar la rodilla. En aquellos casos en que no es posible controlar la inestabilidad el tratamiento no es el de reparación, sino el de sustitución por una plastia o injerto del propio paciente o del banco, siendo muy recomendable esperar a la maduración esquelética (16 años de media) para realizarla (...). La dismetría femoral del paciente es una complicación habitual de estas lesiones, siendo recomendable que exista algo de acortamiento en las reconstrucciones debido al sobrecrecimiento femoral en los niños (...). Las diferencias entre los miembros de 1 cm o inferiores no se consideran significativas, al existir de modo habitual en un 80% de la población, no necesitando habitualmente tratamiento". Concluyen que "el seguimiento evolutivo del paciente fue (...) totalmente correcto por parte de ambos equipos de Traumatología".

7. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado a la reclamante el 24 de julio de 2012, la madre del menor toma vista del expediente y presenta, el 10 de agosto de 2012, un escrito de alegaciones en el que manifiesta que "la escayola fue retirada a los dos meses del accidente, mientras que la RNM fue realizada a los tres meses, luego no se realizó de motu proprio (criterio médico) nada más que se pudo por la retirada de la escayola, sino (...) tardíamente (...), el 28 de abril (...), debido a presiones de la madre por los

dolores del menor”. Sostiene que la “inestabilidad en la rodilla” es una secuela del retraso en el tratamiento de la rotura de ligamentos, entendiéndose que así lo revelan los informes del segundo hospital al que acude; que la valoración en este centro de la disimetría “de 1,5 cm” es posterior -al año siguiente- al alta por curación en el primer hospital, y que precisa “tratamiento y revisiones”.

8. Con fecha 11 de septiembre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Régimen Disciplinario elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, a la vista de la evolución del menor, y asume las conclusiones de los informes técnicos obrantes en el expediente.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de septiembre de 2012, registrado de entrada el día 25 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.- En atención a lo establecido 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 el menor perjudicado activamente legitimado para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron. Habiendo sufrido el daño un menor de edad, está facultada para actuar en su nombre y representación la reclamante, madre del mismo, a tenor de la copia del Libro de Familia que obra en el expediente, según lo dispuesto en los artículos 156 y 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos.

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 con fecha 1 de diciembre de 2011, invocando un “daño irreparable” -que anuda al retardo en el abordaje de la rotura de ligamentos- y una disimetría -que atribuye al “alta por curación” y al “error de tratamiento al prescribir jugar al fútbol”-, observándose que la reclamante se refiere, no obstante lo confuso de sus imputaciones, a la situación del menor al tiempo de recibir el alta el 27 de enero de 2011, tras un tratamiento de tres años; fecha que recogemos como la más favorable para ella, por lo que debe estimarse que la pretensión resarcitoria se ejercita en plazo.

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.

Sin embargo, 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.

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.

SIXTA.- Imputa la reclamante a la Administración sanitaria el daño causado con ocasión de una fractura femoral, en la persona de su hijo, por lo que

considera un retardo injustificado en la detección de la rotura parcial de ligamentos, un "error de tratamiento, al expedir 'alta por curación, sin acortamiento', cuando resulta que sigue existiendo acortamiento y, por tanto, necesidad de control médico", y un "error de tratamiento al prescribir jugar al fútbol".

Vistas las imputaciones que realiza debe advertirse, ante todo, que la reclamante se conduce contra lo objetivado en las actuaciones y en la documentación que ella misma aporta. En efecto, refiere en su escrito inicial que cuando se le expide al menor el alta médica por curación (27 de enero de 2011) estaba disconforme, por lo que "consigue seguimiento paralelo por (un) traumatólogo" de otro hospital de la red pública que, "en marzo de 2011", informa que "el menor aún presenta acortamiento de 1,5 cm, prescribiéndole seguir con plantilla y revisión en 6 meses". En el trámite de alegaciones insiste en que esta valoración es posterior -al año siguiente- al alta por curación en el primer hospital. Sin embargo, el controvertido informe revela que el accidentado acude al otro centro hospitalario con anterioridad, siendo alta el 5 de octubre de 2010, y que el acortamiento que allí se aprecia responde a una consulta de "abril de 2010" que, si bien se mantiene a la señalada fecha de alta, no se corresponde con el día en que se expide el informe, tal como invoca la reclamante. El traumatólogo autor del mismo aclara, y así se deduce también de las hojas de la historia clínica, que el último control practicado al menor en su centro sanitario fue el del 5 de octubre de 2010, "no habiendo constancia de más revisiones" en el año 2011 -lo que debe conocer la madre, que insiste en datar confusamente en este último año una valoración personal del especialista-.

Despejada esta pretendida contradicción entre los dos hospitales, se aprecia que tampoco es rigurosa la imputación de un error de tratamiento al expedir el alta "cuando resulta que sigue existiendo acortamiento y, por tanto, necesidad de control médico, lo que excluye el alta y, menos aún, por curación". Al respecto, debe advertirse que el alta no excluye el control médico

-como parece entender la reclamante-, y que el menor es alta en los dos hospitales -y antes, incluso, en el segundo en cuyos informes se funda la actora-, sin que se observe colisión entre las apreciaciones de los dos traumatólogos (más allá de medio centímetro de disimetría), ya que, como se aclara en el informe del que examinó últimamente al menor en octubre de 2010, el defecto “no debe (...) suponer limitación alguna para realizar cualquier tipo de actividad” y la indicación de “mantener revisiones periódicas” tiene por objeto “controlar la evolución de la disimetría (...), aunque con la edad del paciente y el tiempo de evolución lo previsible es que no se modifique”; observaciones, en suma, compatibles con la “excelente movilidad”, sin acortamientos significativos, que se informa en enero de 2011. Asimismo, carece de rigor el recurso al “error de tratamiento al prescribir jugar al fútbol”, por cuanto los profesionales sanitarios se limitan a constatar que el niño “juega al fútbol”, sin pauta alguna al respecto, pudiendo a lo sumo valorarse la falta de contraindicación de esa actividad. En definitiva, el sustrato fáctico vertido por la reclamante no es plenamente acorde con la documentación obrante en el expediente, sin que los tratamientos paralelos a los que el accidentado se somete en dos hospitales distintos arrojen los indicadores contradictorios que pretenden hacerse valer.

Advertido esto, hemos de reparar en que no se acredita aquí la existencia del daño cuyo resarcimiento se impetra. Ya en términos netamente dialécticos, es difícil precisar el perjuicio derivado de un “alta por curación” sin estar curado -y que la reclamante cuantifica como secuela-, de un “error de tratamiento al prescribir jugar al fútbol” -práctica deportiva cuya incidencia se desconoce- e incluso del retardo diagnóstico de la rotura de ligamentos -de la que no consta repercusión específica y que se valora como si la lesión hubiera sido provocada por el servicio sanitario-. Dejando de lado esa confusión, se aprecia que no hay prueba de ningún daño efectivo, toda vez que el menor alcanza la curación sin que el cuestionado residuo de disimetría implique “limitación alguna para (...) cualquier tipo de actividad”, tal como constatan los

dos traumatólogos que le asisten -"fútbol incluido" y "con una rodilla carente de inestabilidades", según puntualiza uno de ellos-. En el informe técnico de evaluación se razona que "a los 3 años era el acortamiento clínicamente inexistente", y en el suscrito por tres especialistas a petición de la aseguradora se constata que "las diferencias entre los miembros de 1 cm o inferiores no se consideran significativas, al existir de modo habitual en un 80% de la población, no necesitando habitualmente tratamiento".

Descartada la existencia de un daño indemnizable -y con ello la viabilidad de la pretensión resarcitoria-, no deja de observarse la ausencia de soporte probatorio del engarce fáctico entre los hipotéticos perjuicios y la invocada mala praxis. En efecto, aunque se apreciara algún daño residual, no se vislumbra su relación con un alta prematura por curación -que no impide el control médico ni, en su caso, retomar el tratamiento-, ni con jugar o dejar de jugar al fútbol, y ni siquiera con la tardanza en el abordaje de la rotura de ligamentos, que no tuvo repercusión funcional alguna, según se razona en los informes técnicos. Hemos de reparar aquí en que la *causa petendi* para el resarcimiento de la invocada "dismetría de 1,5 cm" se detiene en una supuesta alta precipitada -objetivamente inidónea para originar el vicio que se le anuda-, sin que la reclamante cuestione el tratamiento aplicado a la rotura femoral, que es el que podría tener una incidencia sobre el resultado final.

Por último, incluso en la hipótesis de concurrir alguna lesión ligada a los títulos que la reclamante esgrime, la conclusión sería igualmente desestimatoria, pues todos los informes médicos obrantes en las actuaciones sostienen que no se aprecia mala praxis, habiéndose acudido a los medios diagnósticos y terapéuticos que la situación del paciente demandaba en cada momento, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no se colige ninguna lesión significativa -o daño efectivo-, pues la "inestabilidad en la rodilla" ya no se aprecia en los últimos partes médicos, la cuestionada dismetría

se revela “clínicamente inexistente”, y ni una ni otra pueden anudarse, siquiera en el orden fáctico, al invocado retardo o al alta del menor en enero de 2011, sin que se acredite tampoco ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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.