

Expediente Núm. 130/2007
Dictamen Núm. 15/2008

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
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 14 de febrero de 2008, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 1 de junio de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias formulada por don, por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 2 de noviembre de 2006, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de don en el que formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que considera derivados de la incorrecta asistencia sanitaria dispensada en el Hospital `X`, al haber contraído una necrosis hepática de origen tóxico.

Inicia su relato indicando que “tal y como consta en mi historia médica,

soy un paciente con síndrome metabólico en seguimiento (...), con datos morfológicos de cirrosis hepática y con trombopenia (...). Como estoy aquejado de hipertensión arterial y diabetes mellitus II, en enero de 2005, me prescribieron tratamiento con glibenclamida (...), metmorfina (...) y Olmesartán medoxomilo (...); para el tratamiento de la hipercolesterolemia me recetaron estatina. En marzo del año 2005, tenía unas `transaminasas < 2 veces lsn´ y llevaba ya más de dos meses sin probar alcohol (...), derivándome al Servicio de Digestivo./ En junio de 2005 me realizaron un TAC que apreció en mi hígado una masa compatible con cirrosis hepática con nódulos de regeneración (con hipertrofia del lóbulo caudado y del lóbulo izquierdo y atrofia en el derecho), hallazgos estos sugerentes de cirrosis (...), siendo diagnosticado de una 'hepatopatía crónica de probable origen etílico', prescribiéndome abstención de alcohol y una revisión posterior a los 6 meses./ En noviembre de 2005, mi médico de atención primaria me remite nuevamente al (Hospital `X´), pues en mi última analítica han empeorado los resultados (...), preguntándose en el Servicio de Aparato Digestivo 'cuál es la razón de una necrosis aguda sobre una hepatopatía crónica. La primera causa probablemente el consumo de fármacos'. (...) las dolencias que presento se comienzan a relacionar con la medicación que se me ha prescrito para la diabetes y la hipertensión".

Continúa señalando que "tras la realización de diversas pruebas médicas, en una ecografía digestiva de enero de 2006, me aprecian una enfermedad hepática crónica con esplenomegalia". El doctor me cambió "los antidiabéticos (...) y el antihipertensivo (...), manteniéndome a seguimiento y especificando (...) valorar trasplante hepático o bipartición hepática./ Efectivamente, en febrero de 2006 me suspendieron los tratamientos (...) por indicación de Digestivo, mientras me estudiaban la necrosis hepática aguda detectada./ En la revisión realizada en marzo de 2006, y tras suspenderme todo tratamiento, se aprecia una marcada mejoría (...) al retirar la medicación, concluyendo este terapeuta que `muy probablemente la necrosis hepática fue de origen tóxico´ y que el `brote de hepatonecrosis severa detectado en noviembre de 2005 por toxicidad por medicación´ presenta `mejoría de las pruebas hepáticas al

retirarla y que, el aumento de ferritina pudo ser secundario a (...) necrosis hepática y no a una hemocromatosis genética”.

Sobre la responsabilidad de la Administración sanitaria, manifiesta que “de los hechos relatados resulta que, entre los diferentes Servicios dependientes de esta Administración y por su actuación negligente, me han provocado la secuela reseñada (necrosis hepática severa), que me obliga, mientras viva, a someterme a revisiones periódicas (...). Es decir, por aplicarme un tratamiento al que nunca se me debió (...) someter dada mi historia clínica, ahora mi vida pende de un hilo, y he de someterme a revisiones de hígado semestralmente y de por vida para detectar si he desarrollado el cáncer hepático que esa medicación me ha provocado, además de verme obligado (...) a un más que probable trasplante de hígado (...) que, antes de suministrarme los tratamientos (...) no necesitaba”.

A la vista de tales circunstancias, solicita ser indemnizado “por los daños y perjuicios causados en la cuantía de seiscientos mil euros (600.000 €)”.

Por medio de “otrosí”, se interesa la incorporación al expediente de la historia clínica del reclamante y la práctica de pruebas “pericial médica” y “testifical de los médicos que (le) han tratado (...) desde el año 2004”.

2. Mediante escrito fechado el 8 de noviembre de 2006, notificado el día 15 del mismo mes, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias comunica al interesado la fecha en que su reclamación ha tenido entrada en el indicado órgano instructor, la incoación del oportuno procedimiento, señalándole que el mismo se tramitará en dicho Servicio, el plazo para resolver y los efectos del silencio.

3. Previa petición del Jefe del Servicio instructor de fecha 13 de noviembre de 2006, se incorporan al expediente una copia de la historia clínica del paciente, tanto de la obrante en el Hospital ‘X’ como de la existente en el Centro de Salud de, y de los informes del Jefe del Servicio de Digestivo del referido hospital y de la médico de Atención Primaria del centro de salud.

De acuerdo con dicha documentación clínica, se trata de un paciente de 53 años de edad, con antecedentes de dislipemia mixta, obesidad e hiperuricemia conocidas desde 1990, para la que se le pautó tratamiento con dieta y, posteriormente (octubre 1990), Allopurinol y Bezafibrato. Por exceso de peso y no seguir la dieta fue derivado a la consulta de Nutrición en abril de 2000, donde se halla en seguimiento periódico hasta la fecha. En 1999 fue diagnosticado de hipertensión arterial, instaurándose tratamiento con dieta y Enalapril, que posteriormente fue sustituido, y en noviembre de 2004 se cambió a Olmesartán, que se mantiene hasta febrero de 2006, siendo entonces suspendido por indicación de Digestivo. También en 1999 fue diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2, indicándose tratamiento. En febrero de 2006 se suspenden los hipoglucemiantes orales por indicación de Digestivo, iniciándose tratamiento insulínico que se mantiene hasta la fecha.

En noviembre de 2005 es remitido con carácter urgente al Hospital `X´ por su médico de Atención Primaria ante la alteración de las pruebas hepáticas, decidiéndose derivarle con carácter preferente al Servicio de Digestivo. Presentaba entonces sobrepeso (113 kg con una estatura de 1,68 cm) y la aparición de una necrosis aguda asentada sobre una cirrosis previa que se consideró podía, sin seguridad, ser debida al consumo de fármacos, entre los cuales el de mayor riesgo es el Olmesartan. Se descartó una hemocromatosis y se hizo el diagnóstico de cirrosis secundaria a síndrome metabólico y brote de hepatonecrosis, probablemente debido a medicamentos. A los seis meses, en junio de 2006, en la revisión efectuada el paciente había mejorado notablemente, las pruebas hepáticas se habían normalizado y se encontraba asintomático.

El informe del Jefe del Servicio de A. Digestivo recoge este último extremo, concluyendo que “por tanto el proceso agudo hepático había cedido y no había dejado ninguna secuela”. Añade que “queda suficientemente claro que no ha habido ninguna negligencia ni mala actuación medica en ningún caso y bajo ningún concepto y que la agudización hepática cuyo origen no quedó claro remitió de forma espontánea y completamente”.

En el informe de la médico de Atención Primaria, fechado el 29 de noviembre de 2006, se indica que “en las analíticas realizadas desde la apertura de la historia clínica (el paciente) ha venido presentando cifras discretamente elevadas de GGT (gamma glutamil-transpeptidasa), con transaminasas normales, y que se han relacionado con ingesta etílica, recomendándose abstinencia alcohólica. Tras año y medio sin acudir a controles, en junio de 2004 se detectó una elevación importante de GGT. Se insiste en abstención absoluta de alcohol, a pesar de lo cual se mantienen cifras elevadas en controles posteriores”. Se reseña a continuación que, remitido el reclamante en 2005 al Servicio de Digestivo, “le realizan analítica, ecografía abdominal y TAC abdominal, este último informado como compatible con cirrosis hepática y nódulos de regeneración, siendo diagnosticado de hepatopatía crónica de probable origen etílico”. Concluye el informe que, ya en 2006, se le diagnostica “cirrosis hepática secundaria a síndrome metabólico (...); brote de hepatonecrosis severa detectado en noviembre de 2005, por toxicidad por medicación, con mejoría de los parámetros hepáticos al retirarla (...). Se indica como tratamiento evitar los fármacos que tomaba”.

4. El día 20 de diciembre de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto elabora el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, después de detallar los antecedentes del caso y el proceso asistencial, concluye que éste fue correcto y adaptado a los conocimientos científicos y a la “lex artis”.

Manifiesta el técnico informante que se trata “de un paciente que durante años ha presentado cifras discretamente elevadas de GGT, con transaminasas normales, y que se han relacionado con ingesta etílica, recomendándose abstinencia alcohólica y que en mayo de 2005 fue diagnosticado de cirrosis hepática con nódulos de regeneración. En noviembre de 2005 presentó una alteración de las pruebas de función hepática con una hipertransaminasemia importante y con una necrosis aguda asentada sobre la cirrosis previa que se consideró que podía, sin seguridad, ser debida al

consumo de fármacos. Modificada la medicación que estaba tomando para el tratamiento de toda su patología metabólica crónica e hipertensión, en un plazo de seis meses, el paciente mejoró notablemente y las pruebas hepáticas se normalizaron encontrándose asintomático. Así pues, el proceso agudo hepático había cedido no dejando ninguna secuela, ya que la cirrosis que le obliga a realizar controles a fin de detectar cualquier modificación es una patología previa que padecía con anterioridad”.

5. Mediante escritos de fecha 26 de diciembre de 2006, el Jefe del Servicio instructor remite copia del informe técnico de evaluación al Secretario General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente a la correduría de seguros.

6. Con fecha 17 de marzo de 2007, una asesoría privada elabora un dictamen, a instancia de la compañía de seguros del Principado de Asturias, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna. En el mismo se concluye que “1. El enfermo padece una hepatopatía crónica alcohólica que en noviembre de 2005 presentó un brote de hepatonecrosis manifestado por marcada elevación de transaminasas./ 2. No se puede asegurar cuál es la causa de la elevación de las transaminasas, pero la posibilidad más probable parece un episodio de necrosis hepática en el seno de una hepatopatía crónica desencadenados por una infección viral./ 3. La posibilidad de hepatitis tóxica por los antidiabéticos orales e hipotensor que tomaba es muy poco probable./ 4. Si se tratase de una hepatitis tóxica por estos fármacos era un hecho impredecible e improbable y dependiente de la susceptibilidad individual del enfermo que tomaba esta medicación perfectamente indicada./ 5. Como consecuencia de la hepatonecrosis el único daño ha sido la elevación transitoria de las transaminasas y no han quedado secuelas./ 6. Las revisiones periódicas (...) no dependen de este episodio de hepatonecrosis si no de la hepatopatía crónica alcohólica que ya padecía previamente./ 7. La actuación médica en este caso ha sido correcta y acorde a lex artis ad hoc”.

7. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio fechado el día 29 de marzo de 2007, y notificado el 4 de abril de 2007, transcurre el plazo de alegaciones sin registrarse actuación alguna del interesado, lo que se pone en conocimiento de la compañía aseguradora.

8. El día 15 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio instructor elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, por considerar, con base en la historia clínica y los informes médicos obrantes en el expediente, que la cirrosis que obliga al paciente a realizar controles periódicos es una patología preexistente a la invocada intoxicación, y que, en cualquier caso, todo el proceso asistencial fue adecuado y conforme a la "lex artis ad hoc".

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de junio de 2007, registrado de entrada el día 5 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 Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo según 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, de conformidad con lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), está 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 presentación de la reclamación, 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 caso ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 2 de noviembre de 2006, habiéndose extendido el tratamiento de la necrosis hepática detectada al interesado hasta el mes de marzo del mismo año, cuando se aprecia la mejoría, por lo que es claro que fue presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás

entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

No obstante, se observa en el procedimiento la omisión de un acto expreso de instrucción, cual es el relativo a la práctica o denegación motivada de la prueba propuesta, pues el reclamante interesa, por medio de "otrosí", la práctica de pruebas "pericial médica" y "testifical de los médicos que (le) han tratado (...) desde el año 2004", sin que conste la preceptiva resolución del instructor en los términos de lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. A pesar de dicha omisión, dado que la historia clínica del paciente y los informes médicos incorporados al expediente son suficientemente aclaratorios, no se aprecian razones para pensar que las mencionadas pruebas pudieran aportar elemento alguno que afecte a la valoración del caso y, por tanto, para suponer que se habría modificado el resultado final. Por esta razón, y en aplicación del principio constitucional de eficacia administrativa no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones cuando, de subsanarse el defecto de procedimiento, es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución. Sin perjuicio de lo expuesto, no deberá dictarse resolución que ponga fin al procedimiento en vía administrativa sin que en ella se motive cumplidamente la falta de práctica de prueba, de conformidad con la norma citada, en aras de la ineludible preservación del principio de contradicción y del derecho de defensa del interesado. Observación ésta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

Asimismo, hemos de señalar que la comunicación dirigida al reclamante a los efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo

máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la referida comunicación, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro (legalmente constituido) del órgano competente para su tramitación.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el servicio instructor el día 7 de noviembre de 2006, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 5 de junio de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, 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, ya citada, establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño

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

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

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

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

SEXTA.- Imputa el reclamante a la Administración sanitaria una mala praxis en el tratamiento de sus dolencias, ya que la medicación pautaada le provocó una necrosis hepática de probable origen tóxico. No existe controversia sobre la realidad de la citada hepatonecrosis, pues así lo asumen los informes médicos obrantes en el expediente, pero sí en torno a su origen y a su alcance.

Con carácter previo a cualquier otra consideración, hemos de recordar que el servicio público sanitario debe 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, 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*, que nada tiene que ver con la garantía de que se obtengan los resultados concretos pretendidos. Debemos recordar igualmente que corresponde al reclamante la prueba de los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En principio, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Pues bien, en el análisis del supuesto concreto objeto de reclamación, hemos de partir de la anunciada premisa de que la ciencia de prevenir y curar la enfermedad del cuerpo humano no es exacta, ni los profesionales que la practican infalibles, y habremos de concluir, a la vista de lo actuado en el procedimiento, que no se ha probado ninguna violación de la *lex artis*.

Por un lado, la historia clínica del reclamante nos muestra un paciente con unos factores de riesgo relevantes, entre ellos la obesidad y el consumo de alcohol, y con múltiples dolencias de distinto origen, que obligan a pautar una determinada medicación. Tal como se recoge en la misma y en todos los informes médicos obrantes en el expediente, tras cada una de las reacciones adversas a la medicación prescrita el paciente es sometido a las pruebas pertinentes, que conducen al correspondiente diagnóstico y tratamiento, sin que se observe indicio alguno de mala praxis. En especial, el dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora, suscrito por cuatro especialistas en Medicina Interna, concluye que “la posibilidad de hepatitis tóxica por los antidiabéticos orales e hipotensor que tomaba es muy poco

probable" y que "una hepatitis tóxica por estos fármacos era un hecho impredecible e improbable y dependiente de la susceptibilidad individual del enfermo que tomaba esta medicación perfectamente indicada". En consonancia con esta apreciación técnica, este Consejo ha de subrayar que no es exigible al servicio público sanitario una previsión anticipada de todas las reacciones secundarias que los fármacos puedan desencadenar en cada persona, más allá de las conocidas o manifiestas, lo que equivaldría a transformar la medicina en una ciencia exacta. En síntesis, el hecho aquí relevante es la prestación de una asistencia adecuada en atención a las dolencias que el paciente exterioriza en cada momento, y, en relación a este extremo, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en que los tratamientos pautados se ajustaron a la sintomatología presentada, sin haberse aportado elemento alguno que pueda desvirtuarlos de contrario.

Por otro lado, la relación entre la medicación prescrita y la necrosis hepática sufrida por el reclamante se muestra controvertida, dado que el informe del Jefe del Servicio de Digestivo que le atendió, el informe técnico de evaluación y el dictamen elaborado por la asesoría privada cuestionan el origen tóxico de la referida agudización hepática. No obstante, hemos de advertir que la historia clínica, tal como reproduce el informe de la médico de Atención Primaria, está plagada de referencias a un "brote de hepatonecrosis severa detectado en noviembre de 2005, por toxicidad por medicación", a lo que se añade la circunstancia de una "mejoría de parámetros hepáticos al retirarla" y la ulterior indicación al paciente de evitar los medicamentos "que tomaba cuando presentó toxicidad hepática". En dichas condiciones, este Consejo entiende que pesa sobre la Administración la carga de desvirtuar la relación de causa a efecto que las exterioridades parecen evidenciar, observándose que los informes técnicos que cuestionan tal relación se limitan a señalar que el origen de la necrosis "no quedó claro" o "no se puede asegurar"; afirmaciones éstas que no alcanzan a enervar la apariencia causal sustentada por el devenir fáctico y las indicaciones obrantes en la historia clínica.

Aceptado, por tanto, el origen tóxico de la dolencia, debemos detenernos

en el análisis del nexo causal entre ésta y los daños invocados por el interesado. Y aquí, nuevamente, todos los informes técnicos coinciden en señalar, sin prueba en contrario, que la agudización hepática cedió sin dejar secuela alguna y que la situación actual del paciente no es consecuencia de aquel brote, sino de su patología de base. En efecto, en el informe del Jefe del Servicio de Digestivo se hace constar que, tras la retirada de la medicación, “el proceso agudo hepático había cedido y no había dejado ninguna secuela”; consideración que se reitera el informe técnico de evaluación, el cual pone también de manifiesto que el paciente, antes de aquel brote, “en mayo de 2005 fue diagnosticado de cirrosis hepática con nódulos de regeneración”, y concluye que “la cirrosis que le obliga a realizar controles a fin de detectar cualquier modificación es una patología previa que padecía con anterioridad”. Igualmente, el dictamen de la asesoría privada emitido a instancias de la aseguradora viene a sentar que “como consecuencia de la hepatonecrosis el único daño ha sido la elevación transitoria de las transaminasas y no han quedado secuelas”, a lo que también añade que el potencial desarrollo de un cáncer y “las revisiones periódicas (...) no dependen de este episodio de hepatonecrosis, sino de la hepatopatía crónica alcohólica que ya padecía previamente”. Por tanto, este Consejo ha de concluir que el único daño derivado de la agudización hepática fue el padecimiento de esa dolencia transitoria y la necesidad de someterse a un tratamiento hasta su remisión; daño éste que no ha de pesar sobre la Administración de acuerdo con lo razonado antes en torno a la corrección de todo el proceso asistencial.

En suma, del análisis del expediente en su conjunto, resulta que el paciente sufrió una agudización hepática originada por la medicación prescrita, sin que haya constatación alguna de mala praxis por parte de los profesionales sanitarios, pues para salvaguardar su salud frente a otras dolencias fue necesario pautar un tratamiento que implicaba un riesgo. En todo caso, los daños alegados en el escrito de reclamación no son consecuencia de aquel brote, sino de la patología de base que ya le había sido diagnosticada previamente.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, debe desestimarse la reclamación presentada por don

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.