



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **232/2012**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 1 de octubre de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 28 de marzo de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **95/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 30 de mayo de 2006, x, actuando en nombre y representación de x y otros nueve enfermos más, presentó una reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud (SMS) por el contagio del virus de la Hepatitis C, a consecuencia de las transfusiones de sangre que les realizaron en el sistema público sanitario, al ser enfermos con insuficiencia renal, que se sometieron a tratamiento de hemodiálisis.

Según relata el letrado de los reclamantes, el contagio les fue detectado en el año 1992, aunque al tratarse de una enfermedad crónica las secuelas aún no se les habían consolidado. Acompaña al escrito presentado, en el caso de x, informe médico de consulta del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), de 3 de abril de 2006, en el que se describen los antecedentes familiares y personales, tratamiento y evolución.

SEGUNDO.- Solicitados los historiales médicos de los reclamantes y los informes de los facultativos que les atendieron en el HUVA y en la Clínica -- (--), por el Director Gerente del HUVA se remite la historia clínica del paciente, así como los siguientes informes que son destacados por el órgano instructor:

- El informe clínico de alta, de 3 de junio de 1996, emitido por el Jefe de Sección de Nefrología del Hospital Rafael Méndez (HRM), centro sanitario en el que se trató al paciente en los primeros años de la enfermedad, en el que, al referirse a los antecedentes personales del mismo, se indica lo siguiente: *"Diagnosticado de glomérulo nefritis mesangial. IgA evolucionada. Insuficiencia renal crónica avanzada e HTA secundaria. Artritis gotosa recidivante. Alcoholismo importante y adicción previa a cocaína. No diabetes mellitus. No alergias medicamentosas conocidas"*. En conclusiones se recoge el siguiente: *"insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis mesangial IGA. Reagudización por deplección de volumen e ingesta de AINE. Inicio de hemodiálisis periódica el 31 de mayo de 1996"*. En exploraciones complementarias se hacía constar que era negativo a anticuerpos HVC.

- El informe clínico de hemodiálisis, de 17 de octubre de 1996, emitido por el mismo facultativo referenciado en el párrafo anterior, en el que, tras reiterar los antecedentes personales del paciente, se añadía lo siguiente:

"Está siendo visto en consulta externa de nefrología desde hace 3 años, con mal cumplimiento por parte del paciente de tratamiento y consejos dietéticos. Presenta desde hace meses artritis gotosa recidivante, que trata de motu proprio con AINEs. Ingresó en mayo 1996 con vómitos importantes, tras trasgresión dietético etílica, por lo que acude detectándole en la analítica cifras de urea de 371 y creatinina 14,4, iniciándose hemodiálisis." Por último, en evolución y tipo de diálisis, se hacía constar: "Buena tolerancia a hemodiálisis con ganancias inter diálisis en ocasiones elevadas, s/t el fin de semana. Se dializa 12 horas semanales a través de FAVI en antebrazo izquierdo normofuncionante, con capilar de polisulfona de HP de 1.3 m2, baño con bicarbonato y 3 mmol de calcio y 1.5 mmol de potasio. Anticoagulación con D.4 ml de fraxiparina en dosis única. En el último control analítico, (octubre 1996), se observa importante elevación de GOT y GPT, positivándose los Ac-hepatitis C). No transfusiones previas". En el juicio crítico se indica como diagnóstico: "Insuficiencia renal crónica secundaria a glomerulonefritis mesangial IGA portador aAC-hepatitis C".

Este diagnóstico se confirma con el contenido de la hoja de control de 17 de diciembre de 1996, de revisión periódica para trasplante renal, en la que se indica que su analítica para Ac Hepatitis C) era positiva.

- El informe clínico de hemodiálisis, de 20 de febrero de 1999, del mismo Especialista, en el que al referirse a la enfermedad que padecía en ese momento el reclamante indica: *"Ver informe de 17 de octubre de 1996. Desde entonces hasta ahora, el paciente ha seguido tratamiento con interferón hasta agosto del 98, por probable hepatitis crónica activa por virus C). Con buena tolerancia y disminución de los niveles de transaminasas."*

- El informe clínico de alta, de 24 de agosto de 2001, emitido por el Servicio de Nefrología del HUVA, en el que se recogía, entre los antecedentes personales del paciente, que padecía VHC (+) y que recibió tratamiento con interferón hasta agosto de 1998, por probable hepatitis crónica activa por virus C).

- Informe de 3 de abril de 2006 del citado Servicio de Nefrología del HUVA, en que se cita como antecedente del paciente el siguiente: *"Paciente de 36 años de edad que recibió trasplante renal de vivo en la Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, el día 11 de julio de 2001, siendo dado de alta a los 16 días, con creatinina de 2,1 mg%."*

No costa que -- remitiera la documentación solicitada a pesar de que se le reiteró dos veces su envío. El órgano instructor en su propuesta indica que la citada Clínica, que entonces formaba parte del grupo --, informó que no se había prestado asistencia sanitaria al reclamante. Sin embargo, tal comunicación no figura incorporada al expediente.

TERCERO.- A la vista de la documentación clínica obrante en el expediente, por el Director Gerente del SMS se dictó Resolución de 6 de junio de 2007, admitiendo a trámite la reclamación, y designado como órgano instructor al Servicio Jurídico de dicho Organismo. La Resolución fue notificada al reclamante, a la Aseguradora del SMS y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Asimismo, se dirige escrito al HUVA solicitando la remisión de informe de facultativo del Servicio de Nefrología de dicho Hospital. También se le requiere para que indique en qué centro concertado se realizó el tratamiento de hemodiálisis del paciente a partir de su fecha de inicio, es decir, desde el 31 de mayo de 1996, hasta octubre de 1996, fecha en que probablemente contrajo la Hepatitis C). Esta consulta, tras ser planteada ante otras unidades administrativas, es contestada por el Director de Gestión del Área I de Murcia Oeste indicando que *"consultados nuestros antecedentes, en este Hospital no se dispone de pliegos ni contratos que correspondan al mencionado periodo, significándole que según información recabada la Dirección Provincial del Insalud fue la entidad que en su día formalizó contrato para la realización de sesiones de hemodiálisis"*.

CUARTO.- A petición del letrado actuante, se emitió por el Gerente del SMS, en fecha 10 de mayo de 2010, certificación de acto presunto respecto a la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, conforme a lo dispuesto en el artículo 43.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común (LPAC). También se le informó sobre el estado de tramitación del procedimiento, indicándole que el mismo se encontraba en trámite, y que se había solicitado el informe a la Inspección Médica sobre los hechos contenidos en la reclamación, estando pendiente su emisión en el momento de remitirse dicha contestación.

QUINTO.- Habiéndose interpuesto por el reclamante recurso contencioso-administrativo ante la Sala correspondiente del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia (Procedimiento Ordinario 581/2010) frente a la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta, por dicho Tribunal se solicitó a la Consejería competente en materia de sanidad el expediente administrativo y se instó al emplazamiento de los interesados, requerimientos que fueron debidamente cumplimentados según consta en el expediente.

Posteriormente se notifica a la Consejería de Sanidad Decreto del citado Órgano Judicial por el que se acuerda tener por desistido al recurrente a petición propia.

SEXTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica sobre los hechos recogidos en la reclamación, es evacuado el 4 de octubre de 2011 (folios 118 a 134), en el que, tras la valoración de la historia clínica y la documentación contenida en el expediente y la formulación de las consideraciones médicas que se tuvo por conveniente, se concluye del siguiente modo:

"1. Cuando al paciente se le detectan anticuerpos del VHC positivos (Octubre de 1996) se escribe en historia clínica: ¿No transfusiones previas?.

2. La transfusión de dos concentrados de hematíes se realiza en Noviembre de 1997, un año después de la seroconversión del paciente, lo que descarta la transfusión como vía de transmisión del VHC, y no procede, en este caso, determinar si los donantes de las unidades transfundidas han sido posteriormente diagnosticados o detectados por el banco de sangre como enfermo o portador del VHC.

3. En este caso, el consumo de cocaína previo al 03/06/1996 y que mantiene el paciente hasta 12/06/97, según datos de la historia clínica, ha sido descrito como posible vía de transmisión de la hepatitis C.

4.- Por último, no habiéndose notificado por el personal sanitario ningún accidente biológico que represente un riesgo para el paciente, y cumplida la supervisión y desinfección de los aparatos de hemodiálisis utilizados. No hay datos que apoyen que la transmisión del virus de la hepatitis C se produjera durante los ingresos hospitalarios del paciente o durante las sesiones de hemodiálisis".

Al informe de la Inspección Médica se acompaña la siguiente documentación:

1. Informe Clínico de alta postransplante renal del Servicio de Nefrología del HUVA de 9 de septiembre de 2011.
2. Informe del Jefe de Servicio de Obras y Mantenimiento del Área III de Salud.
3. Informes de los Servicios de Prevención del HRM y del HUVA, en los que consta que durante el tiempo en el que se prestó asistencia al reclamante no se notificó que el personal sanitario sufriera algún accidente biológico que pudiera representar algún riesgo para el mismo. Asimismo se indica que se realizan supervisiones sobre la desinfección de alto grado de los equipos de hemodiálisis, asegurando la utilización de procedimientos de desinfección tendentes a la eliminación del VHC.

SÉPTIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes éstas no hacen uso del mismo al no comparecer ni formular alegación alguna.

La propuesta de resolución, de 27 de febrero de 2012, desestima la reclamación presentada concretamente por haberse ejercitado la acción extemporáneamente y porque no concurren los requisitos establecidos legalmente para considerar que concurre responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

OCTAVO.- Con fecha 28 de marzo de 2012 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ),

en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de la reclamación y procedimiento.

I. El reclamante, al sufrir los daños que imputa a la actuación sanitaria (contagio del virus de la hepatitis C), ostenta la condición de interesado para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 RRP.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional en cuanto titular del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, y ello a pesar de que la asistencia a la que se anuda la responsabilidad fue prestada por la Administración General del Estado antes de las transferencias en materia de sanidad a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (con efectividad a partir de 1 de enero de 2002), conforme a nuestra doctrina (por todos Dictamen núm. 65/2002).

II. En lo que atañe a la temporaneidad de la acción indemnizatoria, debe señalarse que si el daño por el que se reclama es el contagio de la hepatitis C (se afirma en el escrito de reclamación que las secuelas están aún por consolidarse), el *dies a quo* de la acción ejercida es el del diagnóstico de dicha enfermedad (sin perjuicio, ex artículo 142.5, segundo párrafo, LPAC, de que el interesado pudiera disponer de posteriores acciones indemnizatorias para reclamar por las secuelas, de carácter físico o psíquico, que, en hipótesis, pudieran revelarse después y cuyo origen pudiera imputarse a la reseñada patología), por lo que la acción ejercitada es extemporánea. Dicha conclusión, compartida por el órgano instructor, se alcanza a partir del siguiente razonamiento:

1. El artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización, si bien, en caso de daños personales de carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

En su aplicación al supuesto de daños continuados, como se ha catalogado a la enfermedad crónica de la Hepatitis C, el Consejo Jurídico ha recogido en diversos Dictámenes (por todos, los números 73 y 97 del año 2002) que es doctrina reiterada del Tribunal Supremo que el *dies a quo* para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquél en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto, citando, a este respecto, la STS, Sala 3ª, de 6 de noviembre de 2001: "*Se afirma que la hepatitis C es una enfermedad crónica cuyas secuelas, aunque puedan establecerse como posibles, están indeterminadas en el caso concreto, por lo que se está claramente ante un supuesto de daño continuado y por tanto el plazo de prescripción queda abierto hasta que concrete definitivamente el alcance de las secuelas*". El reclamante, aunque pretende acogerse a esta doctrina para fundamentar el cumplimiento del plazo para el ejercicio de la acción, sin embargo no concreta las secuelas por las que reclama en el año 2006, frente al hecho probado de que el paciente fue diagnosticado de VHC en el mes de octubre del año 1996.

2. La consideración de la Hepatitis C como un supuesto de daño continuado no significa que el ejercicio de la acción pueda prolongarse en el tiempo *sine die*, ni tampoco que el paciente tenga que pasar por todas las fases o estados patológicos posibles para el ejercicio de la acción, como se puso de manifiesto por este Consejo Jurídico en su Dictamen núm. 115/2004.

La consideración expuesta sobre que el plazo para el ejercicio de la acción no puede quedar abierto indefinidamente es acogida por la STS, Sala 3ª, de 31 de mayo de 2011, en la que se afirma que pese al carácter crónico de la enfermedad se puede conocer en un determinado momento su alcance y las secuelas, cuya concreta

reparación se pretende con la reclamación presentada.

3. En el presente caso, el Consejo Jurídico comparte el criterio del órgano instructor de que la acción ejercitada respecto a este paciente el 30 de mayo de 2006 es extemporánea por las siguientes razones:

- Este paciente fue diagnosticado de VHC positivo en octubre del año 1996 (no en el año 1992 como se dice en el escrito de reclamación para el conjunto de los accionantes).

- Cuando se ejercita la acción el 30 de mayo de 2006 (han transcurrido 10 años desde que fue diagnosticado), el reclamante no concreta el *dies a quo* para el cómputo del plazo de un año, ni las secuelas aparecidas posteriormente por las que reclama en dicha fecha, cuya determinación permitiría sostener la temporaneidad de la acción ejercitada. Téngase en cuenta, además, que al paciente se le había realizado ya un trasplante renal en el año 2001 en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, en cuyo informe de 27 de julio de 2001 (folio 34) se recogía que era portador de VHC.

Es decir, cuando se ejercita la acción de reclamación han transcurrido 10 años desde este diagnóstico, sin que se aleguen nuevas secuelas a las ya conocidas. En este sentido cabe destacar que el informe mencionado en el párrafo anterior indica que no aparecen criterios bioquímicos o clínicos de hepatopatía

Por lo tanto, dado que el reclamante no concreta nuevas secuelas que permitan sostener la temporaneidad de la acción ejercitada transcurrido el tiempo indicado desde que fue diagnosticado de la enfermedad, a cuyo contagio contrae la reclamación y a una posible evolución posterior, se coincide con la propuesta elevada en considerar extemporánea la acción ahora ejercitada, lo que no excluye que el interesado pudiera disponer de posteriores acciones indemnizatorias para reclamar por las secuelas que, en hipótesis, pudieran revelarse después y cuyo origen pudiera imputarse a la reseñada patología, como se ha indicado anteriormente.

III. El procedimiento seguido por la Administración instructora se ha acomodado, en términos generales, a las normas aplicables a las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la LPAC y del RRP.

TERCERA.- Sobre la cuestión de fondo planteada: antijuridicidad del daño.

Pese a estimar la prescripción de la acción ejercitada, la propuesta elevada, de forma acertada, entra a considerar si concurren los restantes requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, que son, como reiteradamente ha expuesto la jurisprudencia (por todas, la STS, Sala 3ª, de 21 de abril de 1998):

a) que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos real, concreta y susceptible de evaluación económica;

b) que la lesión sea antijurídica, en el sentido de que el perjudicado no tenga obligación de soportarla;

c) que la lesión sea imputable a la administración y consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos;

d) que, por tanto, exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, y no sea ésta consecuencia de un caso de fuerza mayor.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actividad administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de poner todos los medios posibles para la curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de medios. Ha de analizarse, por tanto, si la actuación sanitaria se ha ajustado a la *lex artis ad hoc* o módulo rector del arte médico, como principio director de la materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que las mismas se desarrolle.

Resulta acertado que la propuesta desestimatoria se centre en el requisito de la antijuridicidad del daño, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 141.1 LPAC ("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"). Por consiguiente, conforme a dicho precepto el daño ocasionado no constituirá una lesión resarcible en sentido jurídico cuando el estado de la ciencia y de la técnica sobre una determinada materia no permita garantizar al ciudadano un determinado resultado, pues resulta inexigible una actuación administrativa. El precepto en cuestión viene en cierta medida a positivizar la denominada doctrina del desarrollo técnico o riesgos de progreso, de forma tal que, únicamente proyectarán influencia en el ámbito de la responsabilidad administrativa aquellas actuaciones o resultados que son posibles obtener de acuerdo con el progreso técnico, resultando por contra irrelevantes aquellos otros que sean imposibles de lograr ante las limitaciones del desarrollo técnico.

En su aplicación al caso concreto, resulta que:

1. Pese a que el escrito de reclamación atribuye el contagio a las transfusiones de sangre realizadas en el sistema sanitario público, se recoge en el expediente que el paciente no recibió transfusiones de sangre antes de su diagnóstico VHC (+) en el mes de octubre de 1996, lo que lleva a la Inspección Médica a descartar esta vía de transmisión (folio 132).

2. Con respecto al tratamiento de diálisis al que está sometido el paciente desde el 31 de mayo de 1996, la Inspección Médica señala que cuando se produce la seroconversión del paciente (octubre de 1996), las técnicas serológicas de detección de VHC habían evolucionado y aumentado su sensibilidad y especificidad, lo que dio lugar a una reducción considerable en el número de pacientes infectados por este medio (folio 133).

3. En esta última hipótesis del riesgo de infección por tratamiento de diálisis, señala que los equipos de

hemodiálisis tanto del HRM como del HUVA se vieron sometidos a procedimientos de desinfección y supervisión que garantizaban la eliminación del VHC, labores que o bien eran realizadas directamente por los Servicios de Medicina Preventiva del Hospital (HUVA) o bien a través de empresas contratadas al efecto (HRM). Se añade que durante el período de tiempo en el que se produjo la asistencia al paciente no hubo constancia de accidente biológico que representara algún riesgo para el mismo.

A este respecto la Inspección Médica afirma que, cumplida la supervisión y desinfección de los aparatos de hemodiálisis utilizados y aplicadas las técnicas de detección de VHC conocidas, la asistencia que recibió el paciente durante los ingresos hospitalarios fue acorde con el estado de los conocimientos existentes en el momento y aun en la hipótesis de que se hubiera podido demostrar un contagio por la técnica de hemodiálisis sería un riesgo inherente a la misma tal como indica al folio 123 de su informe.

4. Por último tampoco descarta la Inspección Médica que la vía de transmisión pudiera ser el consumo de cocaína por vía nasal, adicción que presentaba el paciente desde fechas anteriores a la detección del VHC y que mantuvo al menos hasta el 12 de junio de 1997 (folio 132).

Las consideraciones médicas anteriores nos situarían en la circunstancia prevista en el artículo 141.1 LPAC, ya citado, conforme al cual el daño ocasionado no constituirá una lesión resarcible en sentido jurídico, cuando el estado de la ciencia y de la técnica sobre una determinada materia no permita garantizar al ciudadano un determinado resultado, por lo que se considera que la propuesta elevada se encuentra fundada cuando sostiene que no concurre el requisito de la antijuridicidad del daño.

En consecuencia, como afirma la Sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 21 de mayo de 2003, *"más allá de estos conocimientos, el riesgo de enfermedades o consecuencias colaterales, secundarias o indeseables, deben ser soportados por los interesados, dado que los conocimientos médicos entonces aplicados no bastaban para lograr un porcentaje total de inmunidad frente a la infección del VHC en el tratamiento de enfermos sometidos a hemodiálisis, enfermos que, ya se ha expuesto, padecen déficit inmunológico derivado de su insuficiencia renal"*.

Sobre este déficit inmunológico, el informe de la Inspección Médica señala que en el contagio pudo intervenir muy activamente el hecho de que el paciente padeciera adicción a la cocaína, así como otras causas inherentes al riesgo que suponía someterse al propio tratamiento de hemodiálisis. En este sentido el órgano instructor, con base en el citado informe, señala que *"la prevalencia de anticuerpos frente al VHC en la Unidades de Hemodiálisis españolas era superior al 30%, a principios de los años noventa, aunque se había reducido al 18% en el año 2006, y que en esta reducción había incluido la circunstancia de que en las Unidades de Diálisis se aplicaran medidas de aislamiento de pacientes infectados y que se realizara mejor control del cumplimiento de las precauciones universales. En este sentido, la Inspección Médica, señaló en las conclusiones de su informe, que los centros de Hemodiálisis del sistema público de salud y los concertados con el mismo, se regían por dicha Orden en cuanto a control de la posible transmisión de VHC, en los equipos de hemodiálisis. No obstante, en el caso de que la causa del contagio hubiera derivado de los riesgos propios del tratamiento, habría que recordar, que tal y como habían informado en otras ocasiones los facultativos actuantes, los tratamientos dializadores constituían un factor de riesgo de infección por VHC, y además coincidían en afirmar que, en estos casos, el mecanismo de contagio era muchas veces desconocido, que cuando se habían aplicado los protocolos de prevención de transmisión de este tipo de enfermedades, la aparición de la infección por VHC se podría considerar inevitable. Además Inspección Médica señaló en su juicio crítico que el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia y el Jefe de Servicio de Mantenimiento del Hospital Rafael Méndez de Lorca (Murcia), habían emitido sendos informes mediante los que se garantizaba la no transmisión del virus durante el tiempo que el paciente requirió hemodiálisis, de acuerdo con el estado de los conocimientos de la ciencia y la técnica existentes en el*

momento (folios 138 a 141)".

A estas notas de acontecimiento imprevisible o, como mínimo, inevitable, dadas las circunstancias del paciente que presentaba un alto riesgo de contraer el virus de la Hepatitis C, hace referencia la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia, de 17 de diciembre de 2010.

Por último, el reclamante, a quien incumbe su probanza, no ha acreditado padecer secuela alguna ni ha cuantificado el daño reclamado en el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada, en tanto la acción ejercitada es extemporánea, al igual que no cabe sostener ni la relación de causalidad entre la actuación administrativa y daño alegado ni, en último caso, la antijuridicidad de éste, por las razones expresadas en la Consideración Tercera.

No obstante, V.E. resolverá.