



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **390/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 21 de diciembre de 2015, 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 29 de mayo de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **212/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 7 de octubre de 2009 x presenta en una oficina del servicio de Correos de la localidad de San Javier una solicitud de indemnización, fechada el mismo día, con fundamento en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En la reclamación, el interesado expone que el día 8 de febrero de 2006 se le diagnosticó por la Unidad de Nefrología y Diálisis del Hospital *Santa María del Rosell*, de Cartagena, una insuficiencia renal crónica entre otras dolencias, como anemia y proteinuria, por lo que se le tuvo que trasfunder en aquel mismo momento una unidad de concentrado de hematíes. De igual modo, señala el reclamante que se le incluyó en el programa de diálisis desde el día 21 de junio de 2006.

Con fecha 5 de julio de 2007 se le realizó un trasplante renal en el Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia, que exigió una reintervención dos días más tarde porque se le produjo una fístula urinaria yuxtapiélica.

En enero de 2008 se le objetivó una serología VHC positiva a hepatitis C, genotipo 3a), a pesar de que las pruebas que se le habían realizado a tal efecto en los meses de julio y octubre de 2007 habían resultado negativas.

El peticionario sostiene que la referida enfermedad infecciosa le fue transmitida por contagio, bien en la primera transferencia de hemoderivados que se llevó a efecto el 8 de febrero de 2006 o bien en las dos intervenciones que requirió con ocasión del trasplante renal en el mes de julio de 2007. De hecho, explica que hasta esos momentos

no se había sometido a intervenciones quirúrgicas, ni había sido ingresado en un centro hospitalario ni se encontraba incluido en ningún grupo de riesgo que pudiera ser proclive a padecer esa enfermedad.

De igual modo, manifiesta que, debido a las importantes secuelas que se le provocaron, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) le reconoció, por medio de una resolución de 7 de octubre de 2009, una incapacidad permanente en grado absoluto para todo trabajo.

En relación con el *quantum* indemnizatorio que reclama por el daño sufrido, manifiesta que acude para su determinación a la aplicación analógica de los baremos que figuran en los anexos de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, y lo desglosa del siguiente modo:

- 248 días improductivos, estableciendo el día inicial en el 1 de febrero de 2008 (en enero de ese año se objetiva el contagio por hepatitis C) y el día final en el 6 de octubre de 2008 (fecha de efecto de la declaración de incapacidad absoluta), a razón de 53,20euros diarios:13.193,60euros.

- Secuelas consistentes en alteración hepática grave: 60 puntos, a razón de 1.932,58euros por punto, en atención a la edad del reclamante (49 años)..... 115.954,80euros.

- Incapacidad laboral absoluta: 87.364,60euros, en atención a la vida laboral frustrada del interesado (17 años hasta cumplir la edad de 65, a la fecha de la resolución del INSS) y al reconocimiento de una prestación económica mínima.

- Daño moral: 60.000euros, en atención al grave empeoramiento de su calidad de vida, la imposibilidad de tratamiento y el carácter incierto de su futuro.

En consecuencia, el interesado reclama la cantidad total de doscientos setenta y seis mil quinientos trece euros (276.513euros) porque considera que, debido al funcionamiento anormal del servicio público sanitario, se le ha ocasionado un daño evidente, concretado en un contagio de hepatitis C, del que se ha derivado una hepatopatía que resulta de imposible tratamiento, que le ha provocado una incapacidad absoluta para realizar todo tipo de trabajo. Entiende que existe una relación de causalidad innegable y directa entre dicha actuación administrativa y el daño que se le ha ocasionado.

Junto con la reclamación, acompaña diversa documentación clínica.

Por último, cabe reseñar que el escrito aparece también firmado por el letrado del Ilustre Colegio de Abogados de Murcia x.

SEGUNDO.- La Jefa de Servicio Jurídico solicita con fecha 5 de noviembre de 2009 a la Dirección-Gerencia del

Hospital *Santa María del Rosell* que remita una copia de la historia clínica del interesado que obre en dicho centro hospitalario y los informes de los profesionales que atendieron al solicitante, acerca de los hechos expuestos en la reclamación. De igual modo, reclama que se emita otro informe acerca de la situación actual en la que se encuentra el reclamante con el que objeto de poder determinar si se ha podido producir la prescripción de la acción resarcitoria.

El día 21 de diciembre siguiente se recibe la comunicación interior del Director Gerente del referido centro hospitalario con la que se adjunta la historia clínica solicitada.

El 25 de enero de 2010 se reclama de nuevo que se remitan los informes que se habían solicitado y tres días más tarde se recibe el informe suscrito por el Doctor x, facultativo especialista de Aparato Digestivo del hospital mencionado, el día 21 de dicho mes, en el que pone de manifiesto lo siguiente:

"Paciente de 49 años con AP de HTA, IRC en seguimiento por el Servicio de Nefrología con proteinuria nefrótica sin sd. nefrótico e hiperparatiroidismo secundario. Es remitido al Servicio de Digestivo por elevación de transaminasas en Febrero del 2007 para estudio en consulta.

En consulta se aportan serologías VIH (-), anti VHC (-) y Ag HBs (-) realizadas desde Nefrología. Se completó estudio con analíticas completas, auto AC, hormonas tiroideas y alfa 1 antitripsina, y a la espera de resultados y nueva revisión, pero el enfermo no vuelve a nuestra consulta posiblemente porque fue sometido a trasplante renal en Arrixaca.

Por lo tanto, con los datos analíticos y sexológicos a fecha 27 de Febrero 2009 (serología de hepatitis C negativa) y la única vez que tengo contacto con el paciente, se descarta que en ese momento presentara hepatitis C, estando pendiente de revisión posterior en nuestra consulta para nuevas determinaciones o actitudes, que no se pudo llevar a cabo por la no asistencia del paciente por los motivos referidos".

TERCERO.- El 8 de febrero se reclama asimismo a la Dirección del Hospital *Virgen de la Arrixaca* que remita copia de la historia clínica del interesado y los mismos informes a los que se hizo anterior referencia.

El día 18 del mes siguiente se recibe la comunicación del Director Gerente de dicho centro hospitalario con la que adjunta la documentación clínica demandada y el informe emitido por el Jefe de Sección de Aparato Digestivo, el Doctor x el 25 de febrero, en el que pone de manifiesto que *"Con fecha 22 de Octubre de 2007 atendí por primera vez a x, a petición de interconsulta de Nefrología con fecha 16 de octubre de 2010, por aumento de transaminasas y fosfatasa alcalina. El paciente había sido sometido a Trasplante renal con fecha 6 de Julio de 2007. De los estudios realizados se confirmó la presencia de transaminasas elevadas y en la visita de 12 de Diciembre de 2007 la serología para virus B y C fue negativa. Sin embargo, con fecha 30 de enero de 2008 se confirmó, en la visita médica, la presencia de Virus de la hepatitis C. Por los datos analíticos y de la ecografía hepática, el paciente presenta una hepatitis crónica por virus C sin Cirrosis. No es posible establecer el estadio (Crónica, persistente o activa o cambios mínimos o puntuación de Scheuer o Metavir) dado que no se realizó biopsia hepática. Dicha prueba no se realizó al estar contraindicado el tratamiento con Interferón en los pacientes con trasplante renal, ante el riesgo de rechazo, y por ello la información de una biopsia hepática no habría aportado información de cara a un tratamiento de la hepatitis C. Por tanto, solo cabe establecer una inflamación crónica del hígado por el virus de la hepatitis C, con función hepática normal hasta el momento de la última visita en nuestra consulta, con fecha*

CUARTO.- Con fecha 26 de marzo de 2010 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado al reclamante junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

QUINTO.- Por medio de comunicaciones de esa misma fecha de 26 de marzo se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros "--" con el propósito, en este último caso, de que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

SEXTO.- El día 26 de abril de 2010 se requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial y se remite copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, elaborado por un médico especialista en Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas y Experto en VIH/SIDA el 22 de octubre de 2010, en el que se formulan las siguientes conclusiones:

"1. En casi el 50% de los casos de virus de la hepatitis C no se identifica la vía de transmisión, como puede ser en este caso.

2. No tenemos datos sobre otras posibles vías de transmisión en este caso, aunque en la demanda se refiere que el paciente no pertenece a ningún grupo de riesgo en particular en relación con la transmisión de la hepatitis C, ni había sido sometido a otras cirugías, de hecho hay diversos resultados analíticos con serología negativa.

3. Efectivamente el tratamiento con hemodiálisis, la administración de hemoderivados y el trasplante renal constituyen un factor de riesgo para la hepatitis C, pero actualmente se practican las correspondientes pruebas para descartar infección en esos supuestos. Pasaron 6 meses desde el alta del trasplante hasta la primera determinación positiva del virus de la hepatitis C, lo que se sale de la mediana de período de incubación que es de 6-8 semanas. Tras la intervención estuvo 6 meses fuera del hospital hasta que se presentó la sintomatología, por lo que no es posible saber si durante el tiempo fuera del hospital se pudo haber contagiado por otras vías.

4. La serología del virus C del donante fue negativa, lo que descarta que la transmisión haya podido ser por el trasplante. En cuanto a la posibilidad de transmisión por las transfusiones, el período de incubación desde la transfusión hasta la aparición de la serología positiva es extremadamente largo y es poco probable que esa sea la causa. Aunque para poder descartar esto completamente debería haber un informe del banco de sangre donde constara el seguimiento de los donantes para saber si posteriormente a la donación se hicieron positivos.

5. No se ha notificado que el personal sanitario que le cuidó sufriera ningún accidente biológico que representara riesgo para el paciente.

6. En conclusión, 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, fundamentalmente por el largo período de incubación".

OCTAVO.- Con fecha 26 de diciembre de 2013 se recibe la comunicación de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria con la que se acompaña el informe valorativo emitido por la Inspección Médica el día 19 anterior, en el que se recogen las conclusiones que se transcriben a continuación:

"1. Se puede concluir que la infección por el virus de la hepatitis C, por el amplio período de incubación transcurrido entre la aparición de la serología positiva y la transfusión recibida por el paciente y el informe del Centro de Hemodonación en cuanto al donante, no ha sido transmitida por la transfusión.

2. Transcurre un período de aproximadamente 7 meses desde la última hemodiálisis previa al trasplante hasta la primera serología positiva, es decir, el período de incubación es extenso y supera las 8 o 10 semanas por lo que es poco probable que sea la causa.

3. El HUVA dispone de Servicio de Medicina Preventiva que supervisa la desinfección de alto grado de los equipos de hemodiálisis, en los que se utilizan procedimientos de desinfección que aseguran la eliminación del VHC.

4. El paciente no era seropositivo al virus C ni antes del trasplante, ni durante los aproximadamente 7 meses posteriores, la primera determinación positiva se conoce el 30 de enero de 2008 (7 meses después) este período parece excesivamente largo cuando el período de ventana serológico se cifra con las técnicas actuales (detección EIA de tercera generación) en 7-8 semanas.

5. La serología viral del donante era negativa para el VHC por lo que no pudo ser el órgano trasplantado.

6. No consta notificación por el personal sanitario de ningún accidente biológico que represente un riesgo para el paciente.

7. 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.

8. Entre un 10-50% de los casos de hepatitis C no llega a identificarse la vía de transmisión, se sabe que hay otras vías de transmisión a las conocidas.

9. Tras el trasplante el paciente estuvo 6 meses fuera del hospital hasta que presentó sintomatología de hepatitis C, por lo que no es posible saber si durante el tiempo fuera del hospital se pudo haber contagiado por otras vías".

Junto con el informe valorativo se acompaña diversos informes solicitados por la propia Inspección Médica para analizar el caso del que aquí se trata.

En el primero de ellos, emitido por el Jefe de Servicio de Hematología-Hemoterapia del Hospital Virgen de la Arrixaca el 21 de octubre de 2013, se pone de manifiesto que *"En las fechas que detallan (5 y 9 de Julio de 2007), es verdad que solicitaron 4 unidades de concentrado de hematíes en cada una de ellas pero, no fueron necesarias y se pusieron posteriormente a otros pacientes (como consta en nuestra base de datos)"*. Junto con el informe se acompaña una copia del historial transfusional del paciente que obra en dicho centro hospitalario, en el que tan sólo aparece reflejada la transfusión realizada el 10 de septiembre de 2013.

En el segundo informe, suscrito el 23 de octubre de 2013 por el Doctor x, del Servicio de Nefrología del citado hospital, se apunta que *"sobre transfusiones de sangre realizadas los días 5 y 9 de julio de 2007, le informo que consta en mi informe de alta de transfusión realizada el día 9 de julio, pero a la vista de la información facilitada por el banco de sangre (no se realizaron transfusiones) y una vez examinada la historia clínica del paciente, se observa que el nefrólogo de guardia del día 9 de julio hace constar la transfusión de un concentrado de hematíes, circunstancia que pudo influir a la hora de redactar el informe de alta. De igual forma en la hoja de evolución de enfermería (turno de tarde) consta que esa tarde no se realizó ninguna transfusión, por lo que entiendo que es correcta la información facilitada por el Banco de Sangre"*. Se acompañan la hoja de evolución clínica del citado día 9 de julio y las hojas de evolución de enfermería de la misma fecha.

Por último, se acompaña un informe de la Doctora x, Médico Hematólogo, con el visto bueno del Doctor x, Director del Centro Regional de Hemodonación, de fecha 6 de noviembre 2013. En dicho documento se hace constar lo siguiente:

"Según consta en el informe recibido, el paciente fue transfundido en el Hospital Santa María del Rosell de Cartagena el 30 de Enero de 2006. Posteriormente la serología del paciente receptor para VHC fue repetidamente negativa (Junio/2006; Octubre/2006; Febrero/2007; Julio/2007; Octubre/2007 y Diciembre/2007) hasta Enero de 2008.

Datos requeridos:

1. Estudio de Trazabilidad:

Productos transfundidos (1 concentrado de hematíes) (...) e identificación (...).

- Fecha de extracción 24-Enero-2006.

- Lugar de distribución (...): Hospital Sta. M^a del Rosell.

- Fecha de entrega: 27-Enero-2006.

2. Informe en el que se especifique si el donante de la unidad de sangre que recibió el paciente, ha sido posteriormente identificado como enfermo o portador del VHC.

El donante asociado a la donación comunicada como sospechosa (...), ha realizado 4 nuevas donaciones desde el 2006, siendo en todas ellas los resultados de los análisis para el cribado de enfermedades infecciosas negativos, incluida la determinación de VHC mediante técnicas moleculares (NAT)".

NOVENO.- El 5 de mayo de 2014 se recibe un escrito del letrado x, de esa misma fecha, en el que pone en conocimiento del órgano instructor que el reclamante falleció el día 21 de marzo anterior como consecuencia de las complicaciones derivadas de la infección por hepatitis C que es objeto del presente procedimiento.

De igual modo, informa de que se encuentra pendiente de tramitación la declaración de herederos *ab intestato* y solicita que se amplíe el plazo concedido para formular alegaciones y para poder acreditar la condición de herederas de las hijas del fallecido.

Con fecha 19 de mayo se comunica al letrado compareciente la decisión de la instructora de acceder a la ampliación del plazo solicitada.

DÉCIMO.- El día 9 de julio de 2014 se recibe un escrito de x, y, herederas del reclamante fallecido, y de x, su viuda, en el que ponen de manifiesto que son hechos acreditados que el paciente mostró por vez primera un positivo por VHC en enero de 2008 (aunque en el escrito diga, por error, 2009); que además del trasplante de riñón que se le realizó el día 5 de julio de 2007 se le aplicó una transfusión de concentrado de hematíes dos días después, de la que no hay referencia en el expediente administrativo, y que el período de incubación del virus es de 2 semanas a 6 meses.

Asimismo, explican que las vías de contagio probables en este caso pudieron ser:

- El tratamiento de hemodiálisis al que estuvo sometido desde el 21 de junio de 2006 hasta la fecha del trasplante.
- El propio trasplante de riñón realizado el día 5 de julio de 2007.
- La transfusión del concentrado de hematíes realizada el 9 de julio de 2007.

Por otra parte, manifiestan las interesadas que, en virtud de lo que se dispone en el informe pericial aportado por

la compañía aseguradora, se les obliga a demostrar el hecho negativo de que no han existido otras vías de contagio en el paciente entre la fecha del trasplante y la fecha de la serología positiva.

En relación con el tratamiento de hemodiálisis, sostienen que las fechas de su finalización (junio de 2007) y la del positivo por VHC (enero de 2008) se encuentran dentro del largo período de incubación de la enfermedad (de 2 a 26 semanas) y que, por ello, se debería haber aportado prueba que descartara dicha vía de contagio. Es decir, manifiestan que se deben incorporar al expediente administrativo los antecedentes disponibles sobre los posibles contagios que se hubieren detectado en pacientes que hubieran sido usuarios del Servicio de Diálisis entre enero y julio de 2007.

En cuanto al trasplante de riñón, aunque se afirme en el informe de la Inspección Médica que la serología viral del donante era negativa para el VHC, no consta que se haya descartado dicha posibilidad acerca de los posibles receptores de órganos en los meses posteriores a sus respectivos trasplantes. Las interesadas apuntan que el donante fallecido pudo contraer el virus en un período de incubación anterior a su fallecimiento, que no hubiera sido detectable en el momento de la donación.

Por ello, entienden que se debe incorporar a las actuaciones la serología que pudiera haberse practicado a otros receptores durante los meses posteriores a sus respectivos trasplantes.

Acerca de la transfusión de hematíes realizada el 9 de julio de 2007, se manifiesta que se ha obviado la práctica del análisis de la misma acogiéndose a la información proporcionada por el Centro de Regional de Hemodonación de que *"no llegó a producirse pese a haberse realizado la reserva"*.

Sostienen las interesadas que esa información es contradictoria con lo que se recoge en el informe clínico de alta de 20 de julio de 2007 del Servicio de Nefrología del Hospital *Virgen de la Arrixaca*, en el que se refiere que aquel día se le transfundió un concentrado de hematíes con filtro leucocitario.

De igual modo, las reclamantes observan contradicciones entre el informe de 23 de octubre de 2013 del Servicio de Nefrología y la anotación realizada por el Nefrólogo de guardia el 9 de julio de 2007 en la hoja de evolución clínica, que refiere *"HTO 31% Hb 10,7 tras trasfusión 1CH"*, y señala a continuación que *"Tiene 3 CH reservados"*.

Otro dato que confirma, según ellas, que a su padre y esposo se le aplicó un concentrado de hematíes es que el Servicio de Hematología del Hospital *Virgen de la Arrixaca* informa el 21 de octubre de 2013 (folio 504) que se *"reservaron 4 unidades de concentrado de hematíes en cada una de ellas pero, no fueron necesarios y se pusieron posteriormente a otros pacientes"*. Sin embargo, precisan que en folio 505 sólo consta que se aplicaron tres unidades el día 10 de septiembre de 2013.

Y, por último, se vuelve a incurrir en contradicción con lo que informa el Director Gerente del Hospital, el 25 de octubre de 2013, cuando señala que *"de acuerdo con la información facilitada por el Servicio de Hematología las unidades de concentrado de hematíes facilitadas desde el Banco de Sangre (fechas 5 y 9 de julio de 2007) no fueron necesarias y por tanto se devolvieron al Banco de Sangre"*.

Por ello, las interesadas se preguntan:

- Si se realizó o no transfusión a un paciente trasplantado de riñón. Manifiestan que no consta la petición de las cuatro unidades, ni su numeración, ni la supuesta devolución al Banco de Sangre, ni su aplicación a otros pacientes.
- Si se aplicó una unidad a su familiar el día 9 de julio de 2007 y el resto a otros pacientes.
- Por qué consta en su hoja de evolución clínica anotada una transfusión.
- Por qué se dice que las 4 unidades solicitadas no fueron necesarias y se aplicaron a otros pacientes cuando la base de datos que se proporciona (folio 505) se refiere a tres unidades aplicadas el 10 de septiembre de 2013.

Como consecuencia de lo expuesto, solicitan que se lleven a efecto las siguientes diligencias de investigación:

- Que se determine la unidad de concentrado de hematíes aplicada al paciente el día 9 de julio de 2007, mediante el informe del nefrólogo de guardia que hizo la anotación en la hoja de evolución clínica.
- Que se practiquen las correspondientes pruebas de serología a los otros pacientes que supuestamente recibieron las unidades de concentrado solicitadas para el trasplante del paciente.
- Que se aporten los resultados de todas las serologías practicadas al paciente durante los años 2006 y 2007 y, asimismo, se proceda al contra-análisis de las muestras tomadas al paciente durante dicho período para detectar la presencia de VHC.
- Que se aporte un historial de los posibles contagios por VHC con determinación de la vía de contagio alegadas por el paciente y, en su caso, la que conste acreditada para el Servicio Murciano de Salud durante los años 2007, 2008 y 2009.

Con fecha 18 de julio de 2014 se remite copia de ese escrito a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria y a la compañía aseguradora.

UNDÉCIMO.- El 3 de diciembre de 2014 se recibe un informe complementario de la Inspección Médica, de 21 de noviembre, en el que se formulan las siguientes conclusiones:

"1. En el período de tiempo en que el paciente estuvo realizándose hemodiálisis hasta el trasplante no hay registrado en el centro de diálisis ningún episodio de seroconversión a VHC, es decir, no hubo ningún caso de contagio de VHC en pacientes dializados en ese centro.

2. El paciente no pudo contagiarse por el VHC como consecuencia del trasplante renal que se le realizó, ya que tanto en el pretrasplante como en el postrasplante no se objetivó en los pacientes trasplantados serología positiva al VHC.

3. Está constatado que al paciente pese a la reserva de concentración de hematíes para los días 5 y 9 de julio de 2007 no se le llegó a transfundir ninguna unidad por lo que no pudo ser ésta la vía de contagio".

De igual modo, con el informe complementario de la Inspección Médica se adjunta el escrito del Director Gerente del Área I de Salud, fechado el 26 de septiembre de 2014, en el que se ofrecen las respuestas a las demandas información planteadas por la Inspección Médica con la colaboración de los servicios implicados:

"PRIMERA PREGUNTA: Sobre la constancia de una alerta o brote de Hepatitis C en Nefrología (Hemodiálisis) entre enero y julio de 2007.

RESPUESTA: La Dra. x, Jefa de Servicio de Nefrología, informa que el paciente no se dializaba en este Hospital en ese período, sino en Nefroclub Carthago, al pertenecer el citado paciente al Área 2 de Salud (Cartagena).

Aportamos copia del informe.

SEGUNDA PREGUNTA: En relación a la cuarta unidad de sangre reservada, cuándo y a qué paciente se transfundió o qué sucedió con ella.

RESPUESTA: De conformidad a la información suministrada por el Banco de Sangre del Servicio de Hematología, se confirma lo que sigue:

Con fecha 5/07/2007 al reclamante se le reservan 4 concentrados de hematíes de su grupo sanguíneo A+ (...). Transcurridas 48 horas sin ser utilizadas, se anuló la reserva ("reserva retirada"). Se ha comprobado que estas unidades fueron transfundidas a otros pacientes en otras fechas, tal y como se aporta en documentos adjuntos (...).

Con fecha 9/07/2007 al reclamante se le reservan otros 4 concentrados de hematíes de su grupo sanguíneo A+ (...). Transcurridas 48 horas sin ser utilizadas, se anuló la reserva ("reserva retirada"). Se ha comprobado que

estas unidades fueron transfundidas a otros pacientes en otras fechas, tal y como se aporta en documentos adjuntos (...). Aportamos documentos justificativos.

Por otra parte, se ha comprobado que la anotación en la historia clínica con fecha 9/7/2007 fue realizada por la entonces médica interna residente (R3) de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Morales Meseguer, en rotación externa por el servicio de Nefrología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Dra. x, actualmente, facultativo especialista en Medicina Intensiva del Hospital "Rafael Méndez", de Lorca.

Entendemos que la Dra. x pudo confundirse, por la mejora en el hematocrito, entendiendo que había podido realizarse una transfusión. Sin embargo esa presunta transfusión con toda seguridad nunca llegó a realizarse, por los datos sobre trazabilidad aportados por el Banco de Sangre. Dicho extremo debe ser contrastado con la citada doctora.

TERCERA PREGUNTA: Sobre el estado de salud de los presuntos receptores de otros órganos procedentes del donante.

RESPUESTA: El trasplante provenía de un paciente fallecido del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Se ignora si se trasplantaron otros órganos y a qué personas, en su caso, se hizo y si estas presuntas personas han sufrido algún contagio de VHC. Esta información no se dispone en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" y únicamente podría, en su caso, ser facilitada por la Organización Nacional de Trasplantes".

Figura incorporado asimismo el escrito del Director de Programas del Trasplantes del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, suscrito el 23 de octubre de 2014, en el que manifiesta que en ninguno de los dos receptores trasplantados con órganos procedentes del mismo donante que el del riñón trasplantado a x se objetivó serología positiva del VHC postrasplante.

También aparece recogido el informe de la Responsable Asistencial del Centro de Diálisis de Cartagena, emitido con fecha 3 de noviembre de 2014, en el que confirma que el paciente "... realizó su tratamiento de hemodiálisis durante el período comprendido entre el 21 de junio de 2006 y el 6 de julio de 2007 (...) y que durante el año 2006 y 2007 no se registraron episodios de seroconversión a VHC en la misma".

Por último, se acompaña con el informe complementario el acta de la comparecencia sustanciada ante dos Inspectores Médicos (uno de ellos, el informante) de x, facultativa especialista en Medicina Intensiva, el día 14 de noviembre de 2014. En ella se refleja que puso de manifiesto que "En ese momento el paciente estaba pendiente ese día de revisar una analítica por la tarde y había una reserva de 4 unidades de concentrado de hematíes, como la transmisión de esa información se me hizo de forma oral y dada la mejoría de los parámetros analíticos concretamente la Hb y el Hto supuse que se le había administrado un concentrado de hematíes. Posteriormente he podido comprobar en la historia clínica que no llegó a realizarse ningún tipo de transfusión por lo que sin duda se trata de una interpretación errónea mía sin ninguna consecuencia para el paciente".

DUODÉCIMO.- El día 22 diciembre de 2014 se comunica a las interesadas la decisión del órgano instructor por la que considera innecesaria la práctica de los medios de prueba que propusieron en su escrito de alegaciones a la

luz de la información que proporciona el informe complementario de la Inspección Médica.

De igual modo, con esa misma fecha se confiere a las reclamantes y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes, si bien no consta que ninguna de ellas haya hecho uso de ese derecho.

DECIMOTERCERO.- Con fecha 19 de mayo de 2015 se formula la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerarla extemporánea y por que no concurren los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 29 de mayo de 2015.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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, en relación con el artículo 142.3 LPAC y con el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante estaba legitimado en un primer momento para solicitar una indemnización por los daños físicos y morales alegados, en tanto que era quien los sufría en su persona y a quien afectaban de un modo directo.

Más adelante, después que se produjera su fallecimiento, se debió reconocer la legitimación *iure hereditatis* de las hijas del enfermo, ya que acreditaron ese extremo por medio del acta de declaración de herederos *ab intestato* que acompañaron con su escrito de 8 de julio de 2014. Sobre esta cuestión, es decir, acerca de la admisibilidad de ese tipo de subrogación en el ámbito de la responsabilidad patrimonial (*ex artículo 31.3 LPAC*), y más concretamente en la que se derive del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, se ha pronunciado en

numerosas ocasiones este Consejo Jurídico y muy recientemente en su Dictamen núm. 298/2015.

Si bien la propuesta de resolución no hace referencia expresa a esta cuestión y parte de considerar, al menos tácitamente, que existió una subrogación procesal a título hereditario de las hijas del paciente en el procedimiento por él iniciado, resultaría conveniente que se recogiera una breve mención a esta circunstancia en la resolución que le ponga fin, pues ya señaló el Consejo de Estado en su Dictamen núm. 44.129, de 22 de abril de 1982, que *"La legitimación es requisito procesal, de modo que su no concurrencia impide entrar a conocer del fondo del asunto"*.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

No obstante, cabe realizar alguna consideración acerca del defecto de representación que se advierte en el presente procedimiento, desde el momento en que el letrado compareciente no la acreditó cumplidamente sino que se debió inferir del hecho de que firmara, junto con el interesado, el escrito inicial de reclamación.

En relación con la falta de prueba de la representación, ya tuvo oportunidad de señalar el Consejo de Estado en su Memoria del año 2005 que es criterio consolidado de ese Alto Cuerpo consultivo (Dictámenes núms. 2.696/1996, 5.080/1997, 5.201/1997 y 1.834/2005) que su acreditación no es una cuestión adjetiva, sino un requisito sustantivo, por cuanto justifica la intervención en el procedimiento administrativo de un tercero en nombre de un interesado.

Por su parte, este Consejo Jurídico también recordó acerca de esta cuestión, en su reciente Dictamen núm. 298/2015, que el artículo 32 LPAC establece que para formular solicitudes en nombre de otra persona, debe acreditarse la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna, o mediante declaración en comparecencia personal del interesado. De ello se deduce que, en aquellos supuestos en que la comparecencia personal del legitimado no se haya producido, debe requerirse la aportación de un documento (preferentemente, de carácter notarial) que permita dejar constancia de que se ha producido un acto expreso de apoderamiento a favor de la persona que deduzca la reclamación, de acuerdo con lo que se establece en el artículo 71.1 LPAC.

TERCERA.- Sobre la prescripción de la acción de responsabilidad patrimonial.

La propuesta de resolución elevada, aunque entra con posterioridad a analizar el fondo de la cuestión sometida a consulta, advierte que la reclamación se habría presentado fuera del plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC sobre la base del siguiente razonamiento:

En este caso, el daño alegado por el reclamante vendría constituido por el mero contagio del virus de la hepatitis C, ya que afirma que de este contagio se *"ha derivado una hepatopatía con imposibilidad de tratamiento, y que como consecuencia de ello me ha determinado una incapacidad absoluta para todo trabajo"*. En este caso, el *dies a quo* para el ejercicio de la acción correspondería con la fecha en que se realizó el diagnóstico de dicha enfermedad que, como señala la Inspección Médica, sería la de 30 de enero de 2008, que también reconoce el propio reclamante cuando en su escrito explica que *"en enero de 2008 se objetiva una serología VHC positiva"*.

Por lo tanto, se sostiene que puesto que la reclamación se interpuso el 7 de octubre de 2009 resulta evidente que la acción habría prescrito, dado que el día inicial de cómputo habría quedado establecido, como ya se ha dicho, en el 30 de enero de 2008.

Sin embargo, el análisis de las circunstancias de hecho que concurren en este supuesto hace necesario que se formule una observación adicional, y es que en la reclamación, fechada y presentada el 7 de octubre de 2009, se señala -quizás, por error- que se adjunta con ella la resolución de la Dirección Provincial del INSS de esa misma fecha, en la que se reconoce al reclamante una incapacidad permanente en grado de absoluta para todo trabajo (folio 2 del expediente). Lo cierto es, no obstante, que la fecha de dicho acto administrativo es del año anterior, es decir, de 7 de octubre de 2008 (folio 13), lo que muestra bien a las claras que el reclamante creía que estaba interponiendo la acción dentro del plazo de un año que establece la Ley contada, eso sí, desde la fecha de la resolución del INSS. Por lo tanto, también este aspecto se debe tener en cuenta, de manera específica, a la hora de abordar el estudio de la posible prescripción de la acción en este caso.

A tal efecto, resulta necesario recordar las consideraciones que ya ha realizado este Órgano consultivo en numerosos Dictámenes -y muy especialmente, en su reciente número 317/2015- para tratar de determinar cuándo se inicia el cómputo (*dies a quo*) del plazo de prescripción de un año al que se viene haciendo alusión y formular alguna apreciación complementaria en relación con el supuesto que aquí se presenta:

1.- Así, 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 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 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 iniciales números 73, 97 y 173 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 Sentencia de dicho Alto Tribunal 6 de noviembre de 2001, en la que *"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"*.

Más recientemente, el Tribunal Supremo ha tenido ocasión de señalar en su sentencia de 24 de abril de 2012 que *"... si del hecho originador de la responsabilidad se infieren perjuicios o daños que no pueden ser determinados en su alcance o cuantía en el momento de ocurrir el acontecimiento dañoso, el plazo de prescripción no comienza a computarse sino a partir del momento en que dicha determinación es posible, aceptando igualmente que en aquellas enfermedades excepcionales de imprevisible evolución, el daño pueda ser reclamado, como continuado, en cualquier momento. Así lo hemos afirmado en Sentencia del 31 de octubre de 2000. A tal efecto y como señala*

la Sentencia de 25 de junio de 2002, esta Sala viene "proclamando hasta la saciedad (sentencias de 8 de julio de 1993, 28 de abril de 1997, 14 de febrero y 26 de mayo de 1994, 26 de octubre de 2000 y 11 de mayo de 2001), que «el "dies a quo" para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial será aquel en que se conozcan definitivamente los efectos del quebranto» (Sentencia de 31 de octubre de 2000), o, en otros términos «aquel en que se objetivan las lesiones con el alcance definitivo de las secuelas, siendo de rechazar con acierto la prescripción, cuando se pretende basar el plazo anual en la fecha del diagnóstico de la enfermedad» (Sentencia de 23 de julio de 1997)".

2.- No obstante, debe aclararse que 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.

La consideración expuesta acerca de que el plazo para el ejercicio de la acción no puede quedar abierto indefinidamente fue acogida por la Sentencia del Tribunal Supremo 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 iniciales cuya concreta reparación se pretende con la reclamación presentada. Se trata, por tanto, de supuestos de hecho en los que no se ha desarrollado todavía la enfermedad o en los que no se han hecho patentes las consecuencias que normalmente se derivan de ella, como pudiera ser una cirrosis o un hepatocarcinoma. Sin embargo, eso no impide -como se viene explicando- que se pueda reclamar por el daño moral que el mero hecho del contagio trae consigo necesariamente en esta fase inicial del proceso infeccioso ni por la situación de angustia o de zozobra emocional que también suele llevar aparejada, como se puso de manifiesto por este Consejo Jurídico en sus Dictámenes números 50/2003; 115/2004; 136/2009; 34, 99, 131, 179, 232 y 268 de 2012 y 320/2014.

Sin embargo, como también se ha señalado en esos Dictámenes, ello no impide que se pueda plantear en el futuro una nueva acción para reclamar por los daños que se manifiesten o exterioricen como consecuencia de la patología referida con posterioridad a la solicitud de indemnización inicial, ya que se referirá en esa ocasión a un daño distinto del primero, y presumiblemente ya no sólo de carácter moral sino de naturaleza física.

3.- A lo que ha quedado señalado resulta necesario añadir -como apreciación adicional- que no cabe considerar que el reconocimiento de la situación del interesado a efectos laborales y de Seguridad Social, que se lleve a cabo en un momento posterior a aquél en que se realizó el diagnóstico de la enfermedad, pueda servir para retrasar o posponer el inicio del cómputo de caducidad del que se viene hablando, si es que en él no se determinan otras secuelas distintas del mero contagio de la enfermedad. De hecho, la misma resolución del Tribunal Supremo que se cita en el apartado anterior establece que no cabe atribuir ese efecto iniciador del plazo al reconocimiento sobrevenido del estado del reclamante, a aquellos meros efectos, cuando ya había sido fijado con anterioridad. De manera muy gráfica, el Alto Tribunal señala que ese reconocimiento administrativo posterior es "*insusceptible de reabrir la reclamación por la secuela definitivamente determinada en el momento anterior*".

En este caso concreto resulta conveniente reiterar que se diagnosticó la enfermedad del reclamante el día 30 de enero de 2008 y que en su escrito mencionó como única secuela por la que reclamaba la alteración hepática grave que sufría, cuando lo cierto es que no concretaba el alcance de esa afectación ni había experimentado, según se deduce de la documentación clínica que obra en el expediente, ninguna de las posibles consecuencias que suelen venir asociadas con esa infección, como pudiera ser la cirrosis hepática, por poner tan sólo un ejemplo. Los otros daños a los que se refiere en su escrito parecen guardar relación, más bien, con la insuficiencia renal a la que también se ha hecho referencia.

Se debe hacer hincapié asimismo en el hecho de que en la resolución del INSS de 7 de octubre de 2008 no se hace mención alguna a esas posibles secuelas derivadas de la hepatitis, que hubieran podido integrar daños diferentes y adicionales, por tanto, del mero contagio vírico por el que reclamaba.

De igual modo, se tiene que tener presente que en el escrito del letrado compareciente, de 5 de mayo de 2014, en el que da a conocer al órgano instructor del procedimiento el lamentable fallecimiento de x se dice que se debió a "*complicaciones derivadas de la infección por hepatitis C*", sin que llegue a precisar cuáles pudieron ser. Y tampoco se concreta nada en el escrito siguiente, de 8 de julio del mismo año.

Ello trae como consecuencia ineludible que no se pueda atribuir a aquel acto administrativo (la resolución del INSS de 7 de octubre de 2008) el efecto de propiciar el comienzo del plazo de caducidad, dado que el daño por el que se reclama principalmente ya había quedado establecido el 30 de enero anterior y con posterioridad no se han evidenciado secuelas distintas del propio hecho del contagio y manifestadas en un momento posterior de la enfermedad del paciente.

El principio de seguridad jurídica impide que pueda quedar abierto permanentemente el ejercicio de la acción de reclamación cuando se encuentra constatada la producción de un daño que, por sí mismo, ya afectaba de manera determinante la vida y la salud del primer interesado, como es la infección por el virus de la hepatitis C. Ello sin perjuicio, claro está, de que pudiera haber planteado nuevas reclamaciones si hubieran llegado a evidenciarse otras secuelas posteriores -distintas del mero contagio- que, como consecuencia del proceso de evolución de la enfermedad hubiesen aflorado más adelante, ya esa posibilidad siempre estaba abierta al tratarse de un daño continuado.

Ese es el motivo, por tanto, de que se deba declarar que la presentación de la reclamación se produjo de forma extemporánea, puesto que había transcurrido en exceso el plazo legalmente establecido para poder hacerlo. Sin perjuicio de ello, conviene apuntar algunas consideraciones acerca del fondo del asunto que asimismo conducen a rechazar la existencia de la pretendida responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

CUARTA.- Sobre la cuestión de fondo planteada: inexistencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño por el que se reclama.

Como se ha apuntado, pese a considerar prescrita la acción ejercitada, la propuesta que se dictamina entra, acertadamente, a conocer el fondo de la reclamación planteada y a considerar si concurren los restantes requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, que son, como de manera reiterada ha expuesto la jurisprudencia (por todas, la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de abril de 1998):

- a) Que el particular sufra en sus bienes o derechos una lesión 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.

En el presente supuesto, como se recordará, el pariente de las reclamantes, de 46 años, fue diagnosticado el 30 enero de 2006, en el Hospital *Santa María del Rosell*, de insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial, hiperparatiroidismo secundario, anemia nefrogénica y acidosis metabólica, que requirió que se le transfundiera en aquel momento un concentrado de hematíes. Comenzó en el programa de hemodiálisis por insuficiencia renal crónica en el mes de junio de ese año hasta primeros de julio de 2007. En aquel momento, concretamente el día 6, se le practicó un trasplante renal en el Hospital *Virgen de la Arrixaca* y el día 8 siguiente fue reintervenido por presentar una fístula urinaria yuxtapiélica.

El día 30 de enero de 2008 mostró serología positiva para el virus de la hepatitis C con viremia positiva, genotipo 3^a, cuando en los análisis que se le habían realizado hasta entonces (en enero, junio y octubre de 2006 y febrero, julio, octubre y diciembre de 2007) la serología había resultado negativa.

Del estudio detallado de los datos que obran en la historia clínica del paciente y de las solicitudes de información que ha cumplimentado la Inspección Médica para elaborar tanto su informe valorativo inicial como su posterior informe complementario se puede concluir:

a) Que la infección por el virus de la hepatitis C no fue ocasionada por la transfusión que se le practicó el día 30 de enero de 2006, por dos razones principales, a las que se alude en la Conclusión 1^a del informe de la Inspección Médica.

La primera, porque está acreditado por medio de un informe de Hemovigilancia (folio 512 del expediente) que el donante de la unidad de hemoconcentrado de hematíes que se transfundió realizó nuevas donaciones desde el año 2006 y que en todos los casos los resultados de los análisis que se obtuvieron para el cribado de enfermedades infecciosas resultaron negativos, incluida la determinación de VHC mediante técnicas moleculares (NAT).

La segunda, porque de acuerdo con la literatura médica, los anticuerpos anti VHC aparecen en la sangre de las personas infectadas entre 7 u 8 semanas después de la exposición y en este caso, después de realizar pruebas que resultaron negativas a lo largo de 2006 y 2007, la serología positiva apareció en el paciente el 30 enero de 2008, esto es, exactamente dos años después de la transfusión. Debe entenderse, en consecuencia, que el periodo de incubación desde aquel momento hasta que se advirtió la infección es extremadamente largo, y que es poco probable que esa transfusión pudiera haber sido la causa.

b) Que tampoco pudo producirse como consecuencia de la hemodiálisis que se vino realizando en el Centro de Diálisis de Cartagena, entre el 21 de junio de 2006 y el 6 de julio de 2007, ya que la responsable asistencial de dicho centro ha informado (folio 559) que durante el año 2006 y 2007 no se registró ningún episodio de seroconversión a VHC, es decir, no hubo ningún caso de contagio de VHC en pacientes dializados en ese centro (Conclusión 1^a del informe complementario de la Inspección Médica)

c) En relación con otro de los factores de riesgo de la hepatitis C, como es el trasplante de riñón, está constatado en la historia clínica que la serología viral del donante era negativa para el VHC, por lo que el órgano trasplantado no pudo ser la causa de la infección (Conclusiones 5ª del informe de la Inspección Médica y 4ª del informe pericial).

Además, también se tiene constancia de que el pariente de las interesadas no pudo contagiarse por ese motivo ya que en ninguno de los otros dos pacientes que recibieron trasplantes de otros órganos del donante se objetivó serología positiva del VHC postrasplante (folio 561). Así pues, tampoco por esta vía el paciente pudo contagiarse, ya que ni durante el pretrasplante, en los órganos donados, ni en los pacientes en el postrasplante se objetivó serología positiva para el virus (Conclusión 2ª del informe complementario de la Inspección Médica).

Por su parte, ya se ha dicho que el propio paciente no era seropositivo al virus C ni antes del trasplante ni durante los aproximadamente siete meses que transcurrieron desde entonces. Parece que ese período de tiempo es excesivamente largo cuando el período de ventana serológico se cifra con las técnicas actuales (detección EIA de tercera generación) en 7 u 8 semanas. En este mismo sentido, el perito médico señala que ese plazo se sale de la mediana de período de incubación, que él cifra entre 6 y 8 semanas (Conclusión 3ª de su informe).

d) También se ha podido comprobar, finalmente, que pese a la reserva de concentrado de hematíes que se efectuó para los días 5 y 9 de julio de 2007 no se le llegó a transfundir al paciente ninguna unidad, por lo que no pudo ser ésta tampoco la vía de contagio, sino que dichas unidades fueron trasfundidas a otros pacientes en otras fechas distintas (folios 566). De igual modo, la facultativa que en aquel momento estaba de guardia en el Servicio de Nefrología correspondiente reconoció, de acuerdo con lo que se recoge en la documentación clínica, que no se llegó a realizar ningún tipo de transfusión (folio 564).

En consecuencia, se puede señalar que 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 (Conclusiones 7ª del informe de la Inspección Médica y 6ª del informe pericial) y no consta que el personal sanitario notificara ningún accidente biológico que hubiera representado un riesgo para el paciente (Conclusiones 6ª del informe de la Inspección Médica y 5ª del informe pericial).

Finalmente, debe recordarse que entre un 10-50% de los casos de hepatitis C no se llega a identificar la vía de transmisión, y se sabe que hay otras vías de transmisión distintas de las que se conocen (Conclusiones 8ª del informe de la Inspección Médica y 1ª del informe pericial), y se debe apuntar igualmente que después del trasplante el pariente de las reclamantes estuvo 6 meses fuera del hospital, por lo que no resulta posible saber si durante ese tiempo se pudo haber contagiado por otras vías (Conclusiones 9ª del informe de la Inspección Médica y 3ª del informe pericial).

Todos esos informes aportados por la Inspección Médica y por el perito de la compañía aseguradora, a los que se deben unir los emitidos por los facultativos que asistieron al paciente, permiten alcanzar la conclusión de que no existe relación de causalidad de ninguna clase entre el funcionamiento del Servicio sanitario regional y el contagio denunciado.

Esta apreciación no ha sido desvirtuada en ningún momento por la parte interesada, a la que le corresponde desarrollar la actividad probatoria necesaria (*ex artículo 217* de la Ley de Enjuiciamiento Civil) para que se pueda establecer, en su caso, la relación causal entre la actividad asistencial dispensada y el resultado dañoso producido en la salud del paciente así como la infracción del criterio de la *lex artis*.

Frente a la abundante actividad probatoria desarrollada por la Administración, las reclamantes no han aportado un informe médico pericial de ninguna clase que pueda sustentar la realidad de sus imputaciones y, particularmente, justificar la existencia de mala praxis en la asistencia que se le prestó a su familiar. Por poner un ejemplo evidente, no han llegado ni tan siquiera a fundamentar la manifestación que realizan en su escrito de 8 de julio de 2014 (folio 528), a la que por tanto no se le debe atribuir el menor alcance ni significación, de que es un hecho acreditado que el período de incubación de la hepatitis C sea de 2 semanas a 6 meses. Por todas esas razones se debe concluir que tampoco se aprecia en el presente supuesto la existencia de la necesaria relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio público sanitario regional y los daños alegados de modo que no cabe reconocer responsabilidad patrimonial alguna.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Debe considerarse prescrita la acción de indemnización interpuesta ya que en aquel momento había transcurrido en exceso el plazo anual que se contempla en los artículos 142.5 LPAC y 4.2 RPR, lo que debe conducir a la desestimación de la reclamación.

SEGUNDA.- En cualquier caso, y en cuanto al fondo del asunto, no ha resultado acreditada la relación de causalidad que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama.

TERCERA.- En la medida en que la propuesta de resolución desestima la reclamación interpuesta se dictamina favorablemente, si bien debe completarse la resolución que ponga fin al procedimiento con la declaración de extemporaneidad y la consiguiente prescripción de la acción indemnizatoria a la que se ha hecho anterior referencia.

No obstante, V.E. resolverá.