

Dictamen n^o: **93/12**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **15.02.12**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 15 de febrero de 2012, sobre consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f.)1^o de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre en el asunto promovido por F.C.R. sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, por la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital 12 de Octubre por el supuesto contagio de hepatitis C durante un intervención de nefrectomía del riñón izquierdo para donárselo a su hermana.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 12 de enero de 2012, registrado de entrada el día 24 del mismo mes, se formuló preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VII, presidida por la Excm. Sra. Dña. María José Campos Bucé.

El escrito solicitando el dictamen preceptivo fue acompañado de documentación que, en formato cd se consideró suficiente.

SEGUNDO.- Mediante escrito presentado en oficina de correos el 24 de mayo de 2011, el interesado reclama responsabilidad de la Administración por los daños consistentes en un supuesto contagio de

hepatitis C del que responsabiliza al Hospital 12 de Octubre, donde estuvo ingresado para que le realizaran un nefrectomía con el objeto de donar un riñón a su hermana. Expone que en las pruebas analíticas preoperatorias y en el estudio hepático, realizados en el mes de junio de 2010, los resultados fueron completamente normales, sin elevación de las transaminasas. También indica que la serología para virus de hepatitis C fue negativa. La nefrectomía se realizó el 11 de agosto de 2010 y recibió el alta cinco días después. En revisión de 23 de agosto se le realizó una analítica que mostraba elevación de enzimas hepáticas pero los facultativos del 12 de Octubre ni sospecharon ni diagnosticaron la hepatitis C sino que en consulta de Reproducción del Hospital Severo Ochoa, a la que acudió el 27 de enero de 2011, para realizar pruebas de fertilidad, ante los resultados de la analítica como virus de hepatitis C positivo, pendiente de carga viral, fue remitido al Servicio de Digestivo del Severo Ochoa, al que acudió el 4 de febrero de 2011, siendo diagnosticado de *“probable hepatitis aguda secundaria a VHC”*.

En la reclamación indica que también se realizaron pruebas serológicas a su hermana por si la donación se hubiera realizado durante un “periodo ventana” (en el cual el donante ya estuviera contagiado de hepatitis C aunque no mostrase síntomas) y que el resultado para su hermana ha resultado negativo para el virus de la hepatitis C. El interesado considera que ello demuestra que no se contagió de la enfermedad antes de la intervención sino durante la misma.

Solicita indemnización del daño físico y moral, expone que no fue advertido del riesgo de ser contagiado del VHC en una donación para trasplante vivo de riñón y que en el consentimiento informado que suscribió tampoco consta dicho riesgo.

No cuantifica el importe de la indemnización solicitada.

La documentación clínica obrante en el expediente muestra los siguientes hechos:

Según consta en informe de 29 de junio de 2010 el reclamante fue estudiado en la consulta de trasplante renal para valoración como donante de trasplante renal en vivo.

Se trataba de un varón de 33 años sano y sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de interés salvo que era fumador. Fue estudiado como posible donante de trasplante renal de vivo para su hermana de 35 años con una neuropatía diabética en situación de pre-diálisis. No presenta ninguna contraindicación clínica, analítica ni psicológica que contraindicase la donación renal para el trasplante renal de vivo.

El paciente había sido informado de los riesgos inherentes a la intervención y de las consecuencias previsibles que este podía tener en los ámbitos orgánicos y psicológicos, así como la repercusión que la donación renal podía tener en su vida personal, familiar y profesional. Igualmente se le habían hecho saber los beneficios que del trasplante se esperaba que pudieran producir en la receptora.

En el estudio psiquiátrico previo se indica que se trataba de un varón soltero, el menor de dos hermanos, que vivía en pareja desde hacía 8 años y que se ofrecía para donar un riñón a su hermana de 35 años que era diabética desde los 17 años y tras un embarazo con complicaciones tenía una insuficiencia renal importante con anemia y pérdida de peso que tendría que estar en diálisis y que el trasplante era urgente.

Refirió haber tomado la decisión a partir de la información del médico de la posibilidad de donación en vivo con la que aunque la enferma tenga una recuperación lenta podía experimentar una gran mejoría y que para él supondría el mínimo riesgo de cualquier intervención con pocos días de ingreso y una vida normal cuidándose y con revisiones anuales.

Sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares, ni hábitos de consumo tóxicos reseñables (10 cigarrillos al día y alguna caña de cerveza), había mantenido un buen ajuste psicológico global previo, no observándose tampoco psicopatología clínica ni sintomatología de significación en la psicometría aplicada. Por todo lo observado se consideró que se trataba de una persona suficientemente sana psicológicamente, competente y libre para tomar la decisión de donar un riñón a su hermana y candidato aceptable para hacerlo.

El 10 de agosto de 2010 ingresó en el Hospital 12 de Octubre para nefrectomía como donante de trasplante renal. Se realizó la cirugía el 11 de agosto de 2010 sin incidencias. Durante el postoperatorio tuvo buena evolución con leve ascenso de su creatinina basal, que fue valorado por Nefrología y se decidió hacer seguimiento por consulta externa. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio en buenas condiciones generales.

Se realizaron analíticas de control los días 17 y 23 de agosto, 2 de septiembre y 25 de octubre de 2010, así como el 17 de enero de 2011. Los resultados de todas ellas eran de niveles elevados en las transaminasas del paciente.

También se realizó una ecografía el 10 de septiembre de 2010 en la que se mostraba una *“hepatomegalia global discreta”*.

El 3 de noviembre de 2010 acudió a urgencias del Hospital 12 de Octubre por dolor torácico de intensidad moderada irradiado a ambos hemitorax. No presentaba clínica catarral ni de infección respiratoria. El dolor se calmó con inclinación hacia delante y no aumenta con los movimientos ni a la palpación. Negó traumatismo previo. El dolor aumentó con los movimientos respiratorios. No presentó otra clínica acompañante. Tras la toma de Enantyum el paciente se encontró asintomático. Con

diagnóstico de dolor torácico de perfil pericárdico y leve deterioro de la función renal fue dado de alta el mismo día con tratamiento médico e indicación de seguimiento por su médico de atención primaria.

El 4 de febrero de 2011 acudió a la consulta de Digestivo del Hospital Severo Ochoa enviado por la consulta de reproducción asistida para valoración por posible infección por el VHC. El paciente había acudido con su esposa a la consulta de reproducción asistida y en el estudio previo a la valoración se detecta Anti VHC positivo. Se hizo constar en la historia que se trataba de un paciente que presentaba datos de hepatitis aguda de curso prolongado secundaria a infección por el VHC de contagio reciente. Se pautó tratamiento antiviral con Interferón que se decidiría a la vista del genotipo y la carga viral.

El 22 de febrero de 2011 acudió a revisión en el servicio de Digestivo refiriendo astenia leve como único síntoma.

El tratamiento con Interferón estaba previsto que comenzase el 1 de marzo de 2011 siendo la duración del tratamiento 24 semanas.

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el pertinente expediente de responsabilidad patrimonial de conformidad con los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y con el 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 (RPRP).

Se han incorporado al expediente los documentos que conforman la historia clínica del reclamante tanto en el Hospital 12 de Octubre como en el Hospital Severo Ochoa.

También forman parte del expediente el informe del Servicio de Nefrología del Hospital 12 de Octubre, de 11 de julio de 2011 (folio 139) y el informe de la Inspección Sanitaria, de 17 de agosto de 2011 (folios 140 a 144).

El informe del Servicio de Nefrología expresa que la cirugía transcurrió sin incidencias, no fue necesaria ninguna transfusión de sangre, plaquetas o plasma fresco congelado. Tampoco durante el ingreso precisó en ningún momento de la transfusión de hemoderivados. En el primer control postquirúrgico se detectó elevación leve-moderada de las transaminasas, que posteriormente se mantuvieron elevadas, atribuyéndose inicialmente a la hepatotoxicidad de los fármacos suministrados pero que, al persistir se remitió al paciente al Servicio de Digestivo para valoración del caso.

El informe de la Inspección concluye que *“De la información recogida no se deduce mala praxis por parte de los médicos que atendieron a [el reclamante] ni existe evidencia de que la hepatitis C que padece sea a consecuencia de la intervención que se le realizó, a la cual se prestó voluntariamente conociendo las complicaciones que podían surgir”*.

El interesado fue notificado el 25 de noviembre de 2011 para cumplimentar el trámite de audiencia, regulado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Consta en el expediente que la reclamante formuló alegaciones el 2 de diciembre de 2011 manifestando, en síntesis, que la hepatitis C no se contagia exclusivamente por transfusión sino también por mala esterilización o por material contaminado y que sería conveniente si un paciente con VHC había sido anteriormente intervenido en el quirófano. También niega que fuera remitido a Digestivo desde Nefrología a la vista de las elevadas transaminasas ya que fue remitido desde el Servicio de Reproducción Asistida del Hospital Severo Ochoa. Reitera que antes de la intervención no padecía la infección por VHC como lo demuestran las pruebas serológicas y el hecho de que su hermana

tampoco la padezca y que las elevadas transaminasas después de la intervención se atribuyeron por el Servicio de Nefrología a los fármacos *“como lo podían haber atribuido a cualquier otra causa”*.

El 26 de diciembre de 2011 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria.

A la vista de los hechos anteriores cabe hacer las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 39 y siguientes de la LRJ-PAC y en el RPRP.

TERCERA.- El reclamante está legitimado activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial al amparo del

artículo 139 de la LRJ-PAC, por ser la persona directamente afectada por los daños supuestamente ocasionados por la asistencia sanitaria.

También concurre legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, al encontrarse el Hospital 12 de Octubre integrado en la red pública sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.

Por lo que al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad se refiere, el derecho a reclamar prescribe al año desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o manifestarse su efecto lesivo. Tratándose de daños físicos o psicológicos el plazo comienza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (artículo 142.5 LRJ-PAC).

La historia clínica pone de manifiesto que el 4 de febrero de 2011 el reclamante fue diagnosticado de hepatitis C. Puesto que la reclamación fue formulada el 24 de mayo de 2011 no cabe sino considerar que ha sido interpuesta dentro de plazo.

El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación aplicable. Especialmente, se ha recabado informe del servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigido en los artículos 9, 10 y 11 del Real Decreto 429/1993, respectivamente, y 82 y 84 LRJ-PAC.

CUARTA.- Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- esta responsabilidad consiste en el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los

servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

QUINTA.- Por lo que se refiere a las características del daño causado, éste ha de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado, siendo solo indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (sentencias de 30 de octubre de 2003, recurso 6/1993/99, y de 22 de abril de 1994, recurso 6/3197/91, que citan las demás).

En el caso sometido a dictamen ha quedado acreditada la realidad de los daños por los que se reclama responsabilidad indemnizatoria, ya que los informes médicos incorporados al expediente y las pruebas diagnósticas practicadas evidencian que el reclamante padeció infección del virus de hepatitis C.

SEXTA.- Es necesario valorar si la intervención sanitaria cuestionada se ajustó a los parámetros de la *lex artis*, esto es, si se acomodó a una buena práctica médica, lo que enervaría la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, porque de acuerdo con una larga y consolidada

jurisprudencia “*a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente*” (Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 2007 -recurso 6/7915/03-, 7 de marzo de 2007 -recurso 6/5286/03-, 16 de marzo de 2005 -recurso 6/3149/01-), o lo que es lo mismo, no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso.

Podemos resumir diciendo que no es exigible una actuación administrativa más allá de la buena práctica médica, *lex artis ad hoc*.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido el Tribunal Supremo en sentencia de 27 de noviembre de 2000, recuerda: “*Los conocimientos científicos, técnicos o experimentales, ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse excluida de antemano*”.

Esta misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en sentencia de 19 de julio de 2004, señala: “*lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma*

*reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama *lex artis*".*

Resulta ello relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, no convierte a la Administración a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder sólo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

SÉPTIMA.- Alega el reclamante que contrajo la infección en la intervención quirúrgica de 11 de agosto de 2010 e invoca como medios de prueba sus pruebas de serología previas a dicha intervención, en las que se mostraba ausencia del VHC, así como las pruebas practicadas a su hermana, receptora del riñón del interesado, que también se mostraron negativas al VHC después del transplante. Asimismo invoca los resultados de las analíticas en la primera revisión postquirúrgica que ya mostraban índices elevados de transaminasas.

Por su parte, la Administración sanitaria aporta la historia clínica del paciente y el informe del Servicio de Nefrología del Hospital 12 de Octubre, sin que en este informe se haga referencia a una explicación para las infecciones del interesado distinta de la expuesta por él mismo, limitándose a explicar las actuaciones del propio servicio y a constatar la existencia de infección.

El informe de la Inspección Sanitaria tampoco facilita una explicación plausible para las infecciones, pese a lo cual, concluye que la actuación médica ha sido conforme a la *lex artis*.

De acuerdo con las reglas de la carga de la prueba en materia de responsabilidad patrimonial, salvo circunstancias concretas que no vienen

al caso, recae sobre quienes la reclaman (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000-, entre otras).

Pero la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre (Recurso nº 3071/03) y 2 de noviembre de 2007 (Recurso nº 9309/03) y 7 de julio de 2008 (Recurso nº 3800/04). A veces, incluso, el Tribunal Supremo, sentencia de 27 de junio de 2008 (Recurso nº 3768/04) requiere una explicación adecuada del evento dañoso para excluir la responsabilidad.

En relación con el nexo causal entre la intervención realizada al interesado y las infecciones contraídas, el reclamante manifiesta que el no padecer dichas infecciones con anterioridad es prueba suficiente de su contagio durante su ingreso en el hospital.

Ninguno de los informes médicos obrantes en el expediente se pronuncian en torno a esta cuestión, limitándose a afirmar que no se realizó el enfermo transfusión de sangre ni de hemoderivados.

En definitiva, por parte de la Administración actuante no se ofrece ninguna explicación plausible y lógica respecto de la aparición de las infecciones sufridas por el paciente que pudieran desvincularlas de su ingreso en el hospital. Por ello, resulta de aplicación el principio de la *“facilidad de la prueba”*, antes citado y establecido por las sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2007 (recurso de casación 273/03) y de 2 de noviembre de 2007 (recurso de casación 9309/03) en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones

públicas, en las que se atribuye a la Administración, acreditado el daño por la reclamante, el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido.

Por lo expuesto cabe concluir que la Administración no ha podido demostrar que la intervención no constituye el origen del contagio, por lo que la relación temporal entre la nefrectomía para la donación del riñón y la detección del virus, nos permite presumir el nexo causal entre la cirugía y el contagio.

En la STS de 17 de mayo de 2006, señala que *“ha de tenerse por acreditado la existencia de responsabilidad de la Administración en función de un contagio producido con posterioridad a 1990, dado que la Administración demandada que ni siquiera niega dicha transfusión en su oposición a esta casación- le correspondía haber acreditado la práctica de las pruebas serológicas que descartaran la contaminación con el virus de la hepatitis C... en virtud del principio de disponibilidad y facilidad probatoria”*.

En el supuesto que nos ocupa, admitida la existencia de relación causa-efecto entre la enfermedad padecida por el reclamante y la intervención realizada en cuanto origen del contagio, no podemos concluir sin más la responsabilidad patrimonial de la Administración, sino que procede analizar la antijuricidad del daño, esto es, que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportarlo.

En este sentido, es preciso atender al principio del estándar de seguridad exigible, conforme al cual corresponde a la Administración sanitaria demostrar que ha adoptado todas las medidas tendentes a evitar un resultado dañoso, ya que *“(...) en virtud del principio de responsabilidad objetiva que rige en materia de responsabilidad patrimonial administrativa, la carga de la prueba se desplaza hacia la Administración que debe probar las causas de exoneración (...)”*, según expresa la

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª) núm. 897/2005, de 14 de octubre.

Conviene recordar que no es sino hasta abril de 1989 cuando se caracteriza el genoma del virus de la hepatitis C (VHC). El Tribunal Supremo, en numerosas sentencias, excluyó la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, fundándose en la ausencia de antijuricidad del daño, al considerar que procedía aplicar el concepto de fuerza mayor, al concurrir las notas de imprevisibilidad e inevitabilidad, por cuanto que se desconocía en qué casos podía producirse el contagio y no estaba al alcance de la Administración sanitaria el evitarlo (así por ejemplo STS de 5 de abril de 2000).

En el caso sometido a dictamen, sin embargo, no resulta controvertido que la intervención se realizó al reclamante el 11 de agosto de 2010, fecha en la que conforme a lo que acabamos de exponer, era obligatorio para la Administración sanitaria llevar a cabo técnicas de detección del virus de la hepatitis C y, por ende, adoptar medidas tendentes a evitar su contagio.

El Hospital 12 de Octubre tuvo la oportunidad de aportar estudios epidemiológicos o informes que mostraran la ausencia de otros casos relacionados cronológicamente, así como de un examen serológico de los miembros del equipo quirúrgico que intervinieron al reclamante, lo que no hizo. Lo mismo cabe considerar respecto de la ausencia de informes sobre la esterilización del material empleado en el quirófano con ocasión de la intervención practicada y de otros informes sobre el cumplimiento del estándar de seguridad exigible.

De manera que puesto que no se ha podido acreditar que la Administración llevara a cabo dichas medidas de prevención del contagio del VHC en relación con la cirugía practicada al paciente, cuando podía y

debía haberlo hecho, cabe concluir la antijuricidad del daño, y por ende la responsabilidad patrimonial de la Administración.

OCTAVA.- Procede a continuación, por exigencia del artículo 12 del RPRP, fijar la cuantía de la indemnización a satisfacer.

El reclamante no establece la cuantía de la indemnización solicitada.

Cuando se trata de cuantificar daños de carácter físico en las personas y los de índole moral asociados a éstos, es práctica habitual el empleo orientativo de los criterios de baremación establecidos por la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, plasmados actualmente en el Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, si bien, ante las sucesivas alteraciones anuales de las tablas conformadoras de este sistema de valoración, el proceso de cuantificación impone utilizar los criterios y cantidades correspondientes al momento de acaecimiento del percance o al de la estabilización de las secuelas resultantes del mismo, por ser el procedimiento que literalmente impone el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Así, podría acudirse para asignar cuantía a la misma a las reglas de evaluación extraídas de las tablas aplicables al año 2011, al ser cuando se diagnostica la enfermedad, por lo que habría de aplicarse la Resolución de 20 de enero de 2011 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, y la tabla VI contenida en el citado Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.

De acuerdo con dichos elementos valorativos y dentro de lo que establece la tabla VI, en su Capítulo II, sería de aplicación al caso, atendiendo a la edad de la paciente (35 años en el momento de detectarse la hepatitis C), así como la gravedad de la enfermedad, una indemnización de 82.144,35 euros, sin perjuicio de la actualización que corresponda por aplicación de lo dispuesto en el artículo 141.3 de la LRJ-PAC.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la transmisión del virus de la hepatitis C en nefrectomía realizada el 11 de agosto de 2010 en el Hospital 12 de Octubre, debe ser estimada, reconociéndose el derecho del reclamante a percibir una indemnización por importe de 82.144,35 euros.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 15 de febrero de 2012