

Dictamen nº: **76/12**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.02.12**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 8 de febrero de 2012, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f.)1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre en el asunto promovido por F.H.T., en nombre y representación de M.T.P. sobre responsabilidad patrimonial del Servicio Madrileño de Salud por los daños y perjuicios derivados de la deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital Clínico San Carlos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante oficio de 5 de enero de 2012, registrado de entrada el día 17 del mismo mes, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Ismael Bardisa Jordá, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 8 de febrero de 2012.

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

SEGUNDO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud el 14 de noviembre de 2008, se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la hepatitis C que padece el reclamante, le fue contagiada en las intervenciones quirúrgicas que se le practicaron: nefrostomías repetidas, herniorrafía y uretero neocistectomía vesical en el Hospital Clínico San Carlos. Solicita en concepto de indemnización por los daños causados, la cantidad de 120.000 euros.

Aporta Sentencia de 24 de junio de 2008, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 2 de Toledo, que resuelve el recurso contencioso-administrativo interpuesto contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada ante el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por contagio del virus de la hepatitis C, en la asistencia sanitaria prestada por dicho Servicio. La sentencia desestima el recurso por entender que *“no se ha acreditado que el contagio de la hepatitis fuese como resultado de la asistencia sanitaria prestada por los servicios sanitarios dependientes del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha”*. Asimismo se adjunta informe pericial realizado a requerimiento judicial en el seno del proceso contencioso-administrativo referido.

Con el fin de acreditar la representación del interesado, se aporta copia de poder para pleitos. Como medios de prueba propone la historia clínica completa del paciente, del Hospital Clínico San Carlos y que se requiera a dicho centro sanitario informe sobre las diferentes transfusiones sanguíneas realizadas al perjudicado, así como sobre el estado actual de los donantes y si alguno de ellos resulta ser en la actualidad portador del VHC y *“sobre las medidas de control y seguimiento realizadas en las diferentes transfusiones sanguíneas que le fueron realizadas a mi representado en dicho centro sanitario”* y la admisión de los documentos que aporta.

De la documentación clínica que obra en el expediente se desprende lo siguiente:

El reclamante, nacido en 1934, cuenta con los siguientes antecedentes personales de seis transfusiones sanguíneas en el año 1992 con resultados negativos para hepatitis C en mayo y octubre de 1994, hipertensión arterial secundaria, linfocele resuelto quirúrgicamente, poliglobulía, carcinoma basocelular en la ceja y región superciliar derecha extirpados. Carcinoma basocelular en labio inferior recidivante intervenido por cirugía máxilofacial y pendiente de nueva reintervención, poliposis colónica con varias resecciones (última colonoscopia el 23 de abril de 2002 sin alteraciones) e insuficiencia renal crónica por nefroangiosclerosis, biopsada, en programa de hemodiálisis periódica desde el 7 de noviembre de 1991, con trasplante renal el 18 de abril de 1995 que ha evolucionado al deterioro progresivo de la función renal. Biopsia del injerto compatible con nefropatía crónica del injerto IA de Banff en enero de 2002 y última revisión en consulta en septiembre del mismo año. La serología del donante fue negativa para virus de la Hepatitis B, Hepatitis C, HIV y anticuerpos positivos para CMV.

El paciente acude el 16 de septiembre de 2002 a urgencias del Complejo Hospitalario Ciudad Real por un cuadro de diez a quince días de evolución de astenia, anorexia y dolor en la fosa iliaca derecha y región inguinal derecha, pero no refiere dolor a nivel del injerto. La exploración física y las diferentes exploraciones complementarias realizadas ofrecen como juicio clínico: *“Uropatía obstructiva del injerto renal. Insuficiencia renal”*. A la vista del diagnóstico, el Complejo Hospitalario Ciudad Real, puesto en contacto con el servicio de nefrología del Hospital Clínico San Carlos, decide su traslado a dicho centro donde queda ingresado en la planta de nefrología el 21 de octubre de 2002.

A su ingreso se hace resumen de los antecedentes clínicos, estando el paciente pendiente de nueva intervención en el labio por carcinoma basocelular recidivante y se menciona que la última colonoscopia, de 23 de abril de 2002 no tenía alteraciones.

El motivo es dolor abdominal viene determinado por el deterioro de la función renal. La ecografía abdominal es sugerente de uropatía obstructiva, probablemente parcial pues se mantiene diuresis aunque disminuida. Se realiza exploración física, pruebas complementarias e interconsulta a urología para inserción de catéter doble J, fallido en un primer intento, posponiéndose para el día 23 una nueva ecografía y nefrostomía guiada por imagen en radiología vascular, se solicitan pruebas complementarias diversas entre ellas función hepática.

El 25 de octubre surgen dudas por la evolución clínica sobre la inserción del catéter de nefrostomía, en radiología vascular informan que la nefrostomía estaba mal colocada y era imposible recolocarla por la existencia de coágulos que queda aplazada para la semana siguiente. Como vía alternativa de tratamiento, se canaliza la vena yugular derecha para hemodiálisis ese mismo día. El día 26 de octubre, el paciente está en oligoanuria por lo que se repite una nueva sesión de hemodiálisis con buena respuesta posterior.

El día 28 de octubre se coloca nuevamente la nefrostomía con buen resultado según diuresis. Durante la recolocación se observa estenosis distal del uréter, dilatación proximal, y extravasación del contraste desde el uréter distal hasta la hernia inguinal. En el TAC se observa masa de dudosa significación en uréter distal.

El 4 de noviembre se coloca catéter de drenaje externo con extremo distal en pelvis extrarrenal y se da alta hospitalaria el día 8 de noviembre.

La primera revisión tras el alta se realiza el 15 de noviembre de 2002. El paciente refiere haberse encontrado bien. Al realizarse la cura de la nefrostomía, se observa que está rota y se comprueba que el uréter sigue muy estenosado en su parte distal. Dado que no hay camas en ese momento, se decide ingresar al enfermo posteriormente, manteniendo la antibioterapia profiláctica.

El 18 de noviembre de 2002, el paciente sigue mejorando y se plantea la opción de retirar la vía yugular si la mejoría progresiona. Por otro lado está pendiente de reingreso para tratamiento provisional (catéter intraureteral) o definitivo (cirugía) para solucionar el problema obstructivo. Se cita en una semana para ver la evolución.

El 25 de noviembre de 2002, ingresa para tratamiento de la uropatía obstructiva. Se realizan pruebas complementarias en relación a la función renal y se solicitan pruebas de imagen para valorar obstrucción ureteral. El 27 de noviembre se realiza dilatación, pero persiste obstrucción por lo que se decide comentar el caso con el servicio de cirugía para la realización de una herniorrafia inguinal con recolocación del uréter de forma programada, planteándose el alta hospitalaria con el fin de realizar estudios y pruebas preanestésicas.

El 10 de diciembre, constan en la historia clínica los resultados de los cultivos del catéter yugular y orina, y como fecha prevista de la cirugía, el 12 de diciembre. Se reajusta el tratamiento antibiótico en función de los resultados de los cultivos.

El día 12 de diciembre de 2002, se realiza ureteroneocistostomía extravesical dejando doble J y herniorrafia en el mismo acto quirúrgico y ecografía posterior. Con una evolución posoperatoria favorable, serología negativa para VHC y transaminasas normales, es dado de alta el 19 de diciembre.

El 21 de marzo de 2003, acude a revisión en el Hospital Clínico, decidiéndose el ingreso por deterioro analítico de la función renal a pesar de las nefrostomías y cirugía posterior. Vistos los antecedentes clínicos, el tratamiento actual y la exploración clínica, se establece como primer juicio clínico nefropatía crónica del trasplante e ingreso a estudio, descartándose en primer lugar, dados los antecedentes del paciente, uropatía obstructiva mediante ecografía renal aunque se solicitan ecografía de control posterior e interconsulta al servicio de urología.

El 26 de marzo se retira la doble J, el paciente evoluciona con discreta mejoría y se emite alta hospitalaria el 1 de abril con destino a Ciudad Real, planteándose el inicio de hemodiálisis, lo que se lleva a cabo el 21 de junio de 2003.

Durante todo el proceso asistencial, al paciente se le realizan diversos controles serológicos que se registran documentalmente desde el año 1995 hasta el 2002.

De acuerdo con lo establecido en la mencionada sentencia, el 16 de mayo de 2003 se le realiza en el complejo hospitalario de Ciudad Real fistula arterio-venosa húmero-cefálica izquierda, transfundiéndole dos concentrados de hematíes el 6 de junio, constando que se encontraban libres del virus de la hepatitis C.

Según el informe pericial de 31 de octubre de 2006, realizado a requerimiento del Juzgado de lo contencioso-administrativo número 2 de Toledo, con fecha 25 de junio de 2003, consta la infección del paciente por el virus de la hepatitis C, *“donde se demuestra positividad de los anticuerpos anti VHC y se confirma la infección determinando el material genético del virus por medio de la técnica de PCR, revelando que el virus se corresponde al genotipo 1 b. Como población de riesgo en esa*

fecha, dado que el paciente no se encontraba recibiendo tratamiento de hemodiálisis, puede atribuirse el riesgo de adquisición nosocomial”.

TERCERO.- Ante la reclamación se incoa procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración. En fase de instrucción se han recabado los informes médicos que conforman la historia clínica del paciente, así como el informe del Servicio de Nefrología de 11 de marzo de 2009 (folio 39) en el que se expresa que “*No consta entre el periodo indicado (Octubre 2002 y abril 2003) que el paciente estuviese incluido en grupos de riesgo especial para el virus de Hepatitis C: sin embargo es conocido desde la aplicación de las técnicas diagnósticas modernas para la detección de esta infección, que los pacientes con insuficiencia renal pueden presentar infección por este virus sin desarrollar anticuerpos durante largos periodos de tiempo y sin detección de RNA viral salvo que se haga en células hepáticas, lo que naturalmente no puede realizarse de rutina en la clínica diaria*”.

También se ha incorporado el informe del servicio de hematología, que por escrito de 11 de marzo de 2009 (folios 40 y 41) indica que no existe en sus archivos ninguna actividad transfusional en el periodo referido. “*Dicho paciente fue intervenido el 12/12/2002, teniendo dos unidades de sangre reservada donadas por sus familiares, que no fueron transfundidos*”.

Se ha emitido Informe por la Inspección Sanitaria, de 16 de marzo de 2010 (folios 253 a 273), con las siguientes conclusiones:

“*A juicio de la inspectora abajo firmante, la asistencia prestada ha sido conforme a la lex artis en relación a la enfermedad por nefropatía crónica, pero existe un factor de riesgo para infección por virus de hepatitis C de carácter nosocomial que es el episodio de hemodiálisis del día 25 y 26 de octubre de 2002 en el hospital universitario clínico San*

Carlos que, salvo mejor criterio, podría evaluarse mediante el estudio de historias clínicas de los pacientes dializados en esos días y las medidas de control en la unidad o puestos de pacientes agudos”.

A la vista de esta conclusión se solicita informe complementario del servicio de nefrología, que lo emite con fecha 26 de agosto de 2010, donde el jefe del servicio de nefrología indica “*No se han detectado seroconversiones al virus de la hepatitis C en el grupo de pacientes tratados en la misma época y Unidad de Hemodiálisis*” (folio 252).

Con fecha 22 de noviembre de 2010 se requiere a la representación del reclamante para evacuar el trámite de audiencia, presentando alegaciones por escrito registrado el 1 de diciembre de 2010 en el Servicio Madrileño de Salud, ratificándose en lo expuesto en su reclamación.

El 14 de diciembre de 2011, la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria declara prescrito el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios hospitalarios que le fueron dispensados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid entre el 21 de octubre de 2002 y el 1 de abril de 2003 y desestimar subsidiariamente la reclamación presentada en su nombre e interés.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (LCC) por ser la cuantía de la reclamación

superior a quince mil euros, y se efectúa por el Consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC.

SEGUNDA.- Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesado, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), desarrollados en 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.

Ostenta el reclamante legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, al ser la persona directamente perjudicada, supuestamente, por la asistencia sanitaria dispensada.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid en cuanto que se integra en el Servicio Madrileño de Salud el Hospital Clínico San Carlos, al que se le imputa la causación del daño.

Por lo que se refiere al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, el artículo 142.5 LRJ-PAC establece el plazo de prescripción de un año, que debe computarse, tratándose de daños físicos o psíquicos, desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

La determinación del *dies a quo* del cómputo del plazo obliga a considerar, como ha hecho la jurisprudencia del Tribunal Supremo que la

hepatitis “C” constituye un supuesto de daño continuado por ser “*una enfermedad crónica cuyas secuelas, aunque puedan establecerse como posibles, están indeterminadas en el caso concreto, desconociéndose la incidencia de la enfermedad en el futuro de la víctima [...] y por ello el plazo de prescripción queda abierto hasta que se concrete definitivamente el alcance de las secuelas*” (Sentencia de 24 de noviembre de 2005, recurso 6834/2001, que recoge la doctrina ya sentada en las Sentencias de 28 de octubre de 2004, 3 y 17 de octubre de 2000), de lo que resulta que la fecha de diagnóstico de la enfermedad no necesariamente y en todo caso da lugar al inicio del cómputo del plazo, contrariamente a lo que se sostiene en la propuesta de resolución, que lo considera un daño permanente.

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de mayo de 2004 (recurso de casación 7798/1999) resume la doctrina jurisprudencial señalando que: “*La Jurisprudencia en esta materia ha sido recientemente precisada a partir de la sentencia de cinco de octubre de dos mil, recurso 8780/1999, en relación con los casos de contagio hospitalario de hepatitis C, en la cual:*

a) Se recuerda que en las sentencias, entre otras, de ocho de julio de mil novecientos noventa y tres, veintiocho de abril de mil novecientos noventa y siete, catorce de febrero de mil novecientos noventa y cuatro, y veintiséis de mayo de mil novecientos noventa y cuatro viene a establecerse 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.

b) Se afirma que la hepatitis C es una enfermedad crónica cuyas secuelas, aunque puedan establecerse como posibles, están indeterminadas en el caso concreto, desconociéndose la incidencia de la enfermedad en el futuro de la víctima, por lo que se está claramente ante un supuesto de

daño continuado y por tanto el plazo de prescripción queda abierto hasta que se concrete definitivamente el alcance de las secuelas.

c) Se hace la observación de que, aunque en algunas sentencias de esta Sala, por todas la de 31 de mayo 1999, se establece que el cómputo del plazo de prescripción debe ser el del diagnóstico, y tal doctrina resultaría a primera vista contradictoria con la que ha venido siendo mantenida de manera constante, debe tenerse en cuenta que en esta sentencia es el propio recurrente el que demanda que se compute como «dies a quo» aquél en el que se le diagnostica la enfermedad por entender, erróneamente, que en esa fecha se concretan las secuelas”.

En el caso objeto del presente dictamen, al interesado le fue diagnosticado el virus de la hepatitis C en junio de 2003, según los hechos probados de la Sentencia de 24 de junio de 2008, del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 2 de Toledo, que resolvió el recurso contencioso-administrativo planteado contra la desestimación presunta de la reclamación interpuesta ante el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha por estos mismos hechos, si bien no puede determinarse cuándo han quedado estabilizadas las secuelas y se conoce al alcance real del quebranto por cuanto que la historia clínica que se ha incorporado al expediente finaliza el 1 de abril de 2003.

Por otra parte debe tenerse en cuenta que, según se deriva de la Sentencia recaída en el recurso contencioso-administrativo, aportado por el reclamante, éste solicitó responsabilidad patrimonial con fecha 24 de septiembre de 2003 ante el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y el Instituto Madrileño de Salud. Si esto es así no puede considerarse prescrita la acción para reclamar, aún en el supuesto de que habiéndose presentado el escrito en la Comunidad de Castilla-La Mancha, no se hubiere dado traslado del mismo a la Comunidad de Madrid a pesar de dirigirse también la reclamación contra el Servicio Madrileño de Salud, pues en este caso la

falta de diligencia de la Administración no puede tener efectos perjudiciales para el reclamante.

TERCERA.- El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos en la legislación mencionada en la anterior consideración. Especialmente, se ha practicado la prueba precisa, se ha recabado informe del servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño y se ha evaucado el trámite de audiencia exigidos en los artículos 9, 10 y 11 del Real Decreto 429/1993, respectivamente, y 82 y 84 de la Ley 30/1992.

CUARTA.- La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra 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"*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley del régimen jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

"1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

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- 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.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (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), si bien la doctrina jurisprudencial ha

sentado la inversión de la carga de la prueba en los supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, (así las Sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre -recurso 3071/03- y 2 de noviembre de 2007 -recurso 9309/03- y 7 de julio de 2008 -recurso 3800/04-).

QUINTA.- En el presente caso está acreditado el padecimiento por el reclamante del virus de la hepatitis C, daño que es evaluable económicamente e individualizado en la persona del perjudicado.

Sentado lo anterior, procede analizar si el meritado daño es imputable a la actuación de los servicios médicos del Hospital Clínico San Carlos, como sostiene el reclamante, en una relación de causa a efecto, requisito *sine qua non* para poder predicar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Al reclamante le fue transplantado un riñón en el año 1995, en el Hospital Clínico San Carlos. Desde entonces fue seguido en el Hospital de Ciudad Real y en algunas ocasiones también en el Hospital Clínico San Carlos, concretamente fue tratado desde el 21 de octubre al 8 de noviembre, desde el 12 al 18 de diciembre de 2002 y desde el 21 de marzo al 1 de abril. El objeto de discusión se centra en la asistencia sanitaria dispensada en este centro hospitalario durante las fechas referidas porque, según se explica en el informe del perito judicial “*el periodo de latencia media desde la exposición al virus de la hepatitis C hasta la positividad de las pruebas serológicas o periodo ventana es variable, pero es aceptado que comúnmente oscila entre 45 a 70 días*”, por lo que habiendo sido la última serología negativa para el virus de la hepatitis en diciembre de 2002, y constatándose la infección por el virus el 25 de junio de 2003, “*es adecuado establecer que el periodo de contagio estaría delimitado entre 70 días antes de la última serología negativa y 45 días antes de la primera positiva: entre el 10 de octubre de 2002 y el 10 de mayo de 2003*”.

En el mencionado Hospital el paciente no fue sometido a transfusión de sangre ni derivados sanguíneos que hubieran podido suponer un riesgo de contagio, según se aclara en el informe del servicio de hematología.

Sí es cierto que fue sometido a hemodiálisis, lo cual constituye otro de los factores de riesgo para contraer el mencionado virus, según expone la Inspección en su informe. En relación a la diálisis, la Inspección siembra dudas sobre la diálisis realizada los días 25 y 26 de octubre de 2002, “*pudiéndose considerar como el factor de riesgo para el desarrollo de una hepatitis C posterior, pues el proceso se realizó fuera de su entorno habitual*”, por lo que entiende la Inspección que “*se debería evaluar o estudiar si este hecho ha sido el desencadenante de la infección valorando las historias clínicas de los pacientes dializados ese día y las medidas de control en la unidad*”.

Sin embargo, las dudas planteadas por la Inspección quedan despejadas con el concluyente informe complementario emitido por el servicio de nefrología con posterioridad la informe de la Inspección en el que se indica que “*no se han detectado seroconversiones al virus de la hepatitis C en el grupo de pacientes tratados en la misma época y Unidad de Hemodiálisis que este paciente, añadiendo que, por las características del protocolo utilizado en esta Unidad, es muy improbable la transmisión de dicha infección como consecuencia del tratamiento dialítico*”.

A lo anterior se suma que, de acuerdo con lo señalada por el servicio de nefrología en su primer informe “*que los pacientes con insuficiencia renal pueden presentar infección por este virus sin desarrollar anticuerpos durante largos periodos de tiempo y sin detección de RNA viral salvo que se haga en células hepáticas*”, por lo que no se puede excluir que el contagio se hubiera producido con anterioridad a la asistencia sanitaria discutida.

De lo expuesto se extrae que no ha quedado acreditado en el expediente, que la asistencia sanitaria dispensada al paciente en el Hospital Clínico San Carlos sea la causante del contagio del virus de la hepatitis C.

En mérito a lo que antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración por no haber quedado acreditada la relación de causalidad.

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 de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 8 de febrero de 2012