



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 8 / 2 0 1 8

(Sección 2ª)

La Laguna, a 21 de febrero de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 15/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución culminatoria de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud, iniciado el 10 de agosto de 2016 a instancia de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia prestada en centro del referido Servicio.

2. El interesado cuantifica la indemnización que reclama en 300.000 euros, lo que determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación, el primer precepto, con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Bosch Benítez.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC nº 4, de 8 de enero de 2015) de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaria General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

5. De conformidad con el art. 13.3 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión al interesado, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. El reclamante funda su reclamación en los siguientes hechos:

Tras sufrir un infarto el 6 de julio de 2015 ingresa con carácter urgente en el Servicio de Cardiología del Hospital General de La Palma (HGLP).

Con la finalidad de ser intervenido del corazón es trasladado al Hospital Universitario de Canarias (HUC) en Tenerife, donde ingresa el 21 de julio de 2015. El 29 de julio de 2015 se lleva a cabo revascularización cardíaca. En dicha intervención se produce accidente biológico. Se determina carga viral a VHC y VHB, siendo positiva la VHC, por lo que se solicita valoración por digestivo.

Después de la intervención es trasladado a la UVI en donde permanece 24 horas. Posteriormente, es trasladado a planta, en donde permanece ingresado hasta el 6 de agosto de 2015.

El 6 de agosto de 2015 es dado de alta sin que se le retiraran unos cables ubicados en el pecho. Es por lo que acude al HGLP para que le retiren los cables. La cardióloga que lo atiende no sabe por qué le dejaron esos cables y vuelve a remitirle al HUC.

Al alta, el 6 de agosto de 2015, tiene el siguiente diagnóstico:

1. Cardiopatía isquémica.
2. Disfunción ventricular izquierda.
3. Depresión mayor.
4. Artropatía degenerativa.
5. Infección activa por VHC.

El 24 de junio de 2016, el Servicio de Medicina Interna del HGLP solicita al Servicio de Digestivo del HUC la realización de pruebas complementarias, al haberle diagnosticado Fibroscan.

En definitiva, el interesado reclama porque, tras haber sido contagiado en el HUC, hasta agosto de 2016 no se le ha puesto tratamiento por la infección activa por VHC.

2. El informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de 23 de noviembre de 2017, a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

«Paciente de 60 años contaba con antecedentes de riesgo cardiovascular por ser fumador activo. Depresión mayor asociado a riesgo de suicidio por lo que fue hospitalizado y diagnosticado en abril de 2007, con ideas autolíticas recurrentes e insomnio persistente, en tratamiento psiquiátrico, y seguimiento por Psiquiatría y Atención primaria. Artropatía degenerativa cervicolumbar. Hernia discal lumbar sin mielopatía. Medicación habitual antidepressiva y ansiolítica (Zyprexa 5 mg y Alprazolam 2 mg), Hemorroidectomía.

2.- El paciente tras presentar Síndrome Coronario Agudo (Infarto no Q KILLIP 1) es ingresado en el Hospital de La Palma el día 6 de julio de 2015, iniciándose tratamiento específico.

Es trasladado e ingresando el 21 de julio de 2015 en HUC para realización de cateterismo cardíaco diagnóstico, y terapéutico, si procedía.

3.- El cateterismo cardíaco es realizado el 21 de julio, previo consentimiento informado, en el que se detecta enfermedad arterial coronaria con lesión obstructiva significativa en

tronco común de la coronaria izquierda distal y circunfleja ostial. Resto del árbol coronario libre de lesiones obstructivas significativas. Ventrículo izquierdo de tamaño y morfología normal con contractilidad global y segmentada conservada. Dado los datos obtenidos, se valora el caso conjuntamente con el Servicio de Cirugía Cardíaca, aconsejándose tratamiento quirúrgico revascularizador coronario. Tras plantearlo al enfermo y sus familiares, es aceptado por los mismos.

4.- El paciente es trasladado al Servicio de Cirugía Cardiovascular bajo el diagnóstico principal de Cardiopatía isquémica coronaria con lesión de tronco común de coronaria izquierda distal y circunfleja proximal para la realización de revascularización miocárdica.

5.- En fecha 23 de julio se le realiza, como parte del protocolo preoperatorio de cirugía cardíaca, analítica, revelando la presencia de anticuerpos frente a los virus de la Hepatitis B (Anti-HBc y Anti-HBs son positivos y HbsAg negativo) y la Hepatitis C (VHC Ac positivos). En la historia clínica (folio 172 del expediente) consta que el 28 de julio de 2015 le es explicada tal circunstancia al paciente, que no fue capaz de referir antecedentes de interés relacionados con la infección detectada (consumo de drogas, relaciones sexuales de riesgo, u otros).

6.- Completado el estudio preoperatorio, incluidos la consulta de Preanestesia, informado el paciente sobre el procedimiento quirúrgico a realizar y sus riesgos o complicaciones. Firmado los consentimientos de Cirugía de revascularización miocárdica, Transfusión de hemocomponentes y Anestesia, ya el paciente podía ser operado en la fecha programada.

7.- En fecha 29 de julio, según lo programado, el paciente es intervenido para revascularización coronaria. Se realiza esternotomía media. Disección de Lima pediculada y de vena safena interna. Canulación aórtica. Cava única. Heparina. CEC convencional. Clampaje aórtico. Cardioplegia anterógrada. Se realiza triple pontaje aortocoronario: LIMA descendente anterior, buenos vasos. Safena a bisectriz, buen vaso. Safena a obtusa marginal, buen vaso. Salida de isquemia en ritmo sinusal. Clampaje parcial y anastomosis proximales. Fibrilación ventricular que requiere choque eléctrico. Salida de CEC sin incidencias. Se comprueba buen flujo e IP de los puentes. Pericardio abierto. Cierre habitual por planos. Pleura izquierda abierta, objetivando pulmón enfisematoso con bulla de importante tamaño.

8.- Mientras transcurre la operación, en el quirófano ocurre un accidente biológico, en cuyo informe del Servicio de Prevención de Riesgos consta: el trabajador, que llevaba guantes, refiere que, al extraer sangre de un recuperador de sangre (en cirugía cardíaca), la aguja atraviesa el tubo, produciéndole un corte en el 2º dedo de la mano izquierda. Lo que quiere decir que el trabajador se pinchó con la aguja después de haber sido extraída esta del paciente, no siendo la misma reutilizada.

9.- En aplicación del protocolo establecido en el Servicio Canario de la Salud para los accidentes con riesgo biológico (cortes, pinchazos o salpicaduras), se realiza serología tanto al paciente (fuente), como al trabajador accidentado. En este caso al paciente no fue

necesario realizarle dicha prueba analítica puesto que ya se le había realizado serología el día 23 de julio de 2015, de forma preoperatoria, es decir varios días antes de su intervención quirúrgica, y en cuyos resultados se revelaba la presencia de anticuerpos de Hepatitis B y de Hepatitis C. Por otra parte, al trabajador accidentado (fue quien sufrió el pinchazo) se le realizó serología con fecha 30/07/2015 para conocer su estado serológico basal, cuyos resultados indicaban valores negativos, o sea, ausencia de anticuerpos para Hepatitis B y Hepatitis C. Los posteriores controles serológicos llevados a cabo sobre el trabajador en los meses de noviembre de 2015 y febrero de 2016 indicaron que el trabajador seguía sin portar anticuerpos de Hepatitis B y Hepatitis C, lo que descarta que estuviera infectado.

10.- En el postoperatorio, a su llegada a la Unidad de Vigilancia Intensiva, el paciente se encuentra estable desde el punto de vista respiratorio y hemodinámico, despertando con normalidad de la anestesia, lo que permite su extubación precoz. Débito hemático por tubos dentro de la normalidad.

11.- A las 24 horas el paciente está despierto y colaborador, con dolor controlado con la analgesia. Se indica medicación oral, antiagregante, y de profilaxis de Fibrilación auricular y se procede a su traslado a planta de hospitalización para su seguimiento y tratamiento.

12.- En planta su evolución es favorable, permitiendo la retirada precoz de drenajes mediastínicos. Inicia deambulacion por la unidad y continúa con fisioterapia respiratoria. En radiografía de tórax de control de objetiva pequeño neumotórax basal derecho, en posteriores radiografías se ha ido reduciendo de tamaño, aunque no desaparecido del todo y de probable etiología enfisematosa.

13.- Dada su buena evolución, tras la cirugía cardíaca, estando afebril, clínica y hemodinámicamente estable, con buena cicatrización de las heridas y esternón estable, fue dado de alta el 6 de agosto de 2015 con el diagnóstico principal de Cardiopatía isquémica (enfermedad arterial coronaria de tronco común y un vaso (circunflejo ostial). Disfunción Ventricular izquierda moderada. Infección activa por Virus Hepatitis C y diagnósticos previos al ingreso: Depresión Mayor. Artropatía degenerativa y Hernia discal-lumbar.

14.- Al alta, se dan todas las recomendaciones a tener en cuenta, las pautas medicamentosas, se indica seguimiento por Cardiología de zona, en La Palma, consulta de revisión con Cirugía Cardíaca el día 1 de septiembre de 2015 y con Servicio de Digestivo el 16/09/2015 para estudio del hallazgo incidental: Serología positiva para Virus de la Hepatitis C y B, detectadas en protocolo preoperatorio.

15.- Acude a sus controles en Atención Primaria para valoración y curas de las heridas quirúrgicas; consta en historia clínica que el 24 de agosto presenta cables de marcapasos que la cardióloga de zona le indicó que no se tocara, por lo que fueron retirados el 1 de septiembre en la consulta de revisión de Cirugía Cardiovascular programada desde el día de su alta hospitalaria. En dicha consulta se valora la radiografía de control realizada, que presenta

resolución del Neumotórax basal derecho. Dada su buena evolución, se le da el alta de dicha consulta.

16.- Acudió al Servicio de Digestivo el 16 de septiembre para estudio del hallazgo incidental: Serología positiva para Virus de la Hepatitis C y B, detectadas en protocolo preoperatorio.

17.- Los marcadores serológicos diagnósticos que se realizaron de forma rutinaria, en el protocolo preoperatorio de la cirugía de revascularización miocárdica, antígenos y anticuerpos para Virus de la Hepatitis B (VHB) que comprenden son:

HBsAg: Antígeno de superficie del VBH. Es el primer marcador de la infección que aparece y, si persiste más de 6 meses, la infección se considera crónica. En este caso concreto resultó negativa.

Anti-HBc: Indica que el paciente ha estado en contacto con el VBH. En este caso concreto resultó positiva.

Anti-HBs: Anticuerpo frente al HBsAg. Indica recuperación después de haber padecido la enfermedad, aunque se haya padecido de forma subclínica (el paciente no lo sabe), o bien inmunidad tras la vacunación.

18.- Con estos datos sabemos que el paciente, aunque ha estado infectado por la Hepatitis B en el pasado ya se ha recuperado, o sea, NO tiene Hepatitis B, tal como consta en consulta de Digestivo del día 16 de septiembre de 2015. Dato este demostrado, también, mediante determinación de carga viral y estudio molecular, cuyos resultados resultaron negativos para Virus de la Hepatitis B.

19.- En el estudio serológico preoperatorio, también, resultan positivos los marcadores: Anticuerpos Virus de la Hepatitis C (VHC Ac). Lo que quiere decir que el paciente previamente (en el pasado) se había infectado por el VHC, lo que queda demostrado por la presencia de anticuerpos VHC de forma previa al accidente biológico en quirófano.

20.- Ante este dato, y formando parte del protocolo de estudio y seguimiento de esta patología se le realizó al paciente la determinación de carga viral, resultando positivo para Virus de la Hepatitis C: 1315764 UI/ml. En el diagnóstico molecular se determina el genotipo del virus con polimorfismo 4GKG. Lo que confirma que el paciente tiene una infección crónica por VHC. Como parte de los estudios realizados ante el diagnóstico incidental de Hepatitis C, también se le ha realizado Ecografía abdominopélvica, con resultado de hígado de forma y tamaño normal, ecoestructura homogénea con pequeño quiste simple en el lóbulo hepático izquierdo. En estudio Fibroscan realizado (estudio no invasivo), presenta un nivel bajo de progresión de la fibrosis hepática (5,4. IQR 20%), por lo que el paciente no precisa tratamiento en la actualidad, y tiene indicado seguimiento por los Servicios de Medicina Interna del Hospital General de la Palma y Digestivo del HUC».

Con base en esos hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

«Virus de la Hepatitis B (VHB):

La hepatitis B es una enfermedad vírica (VHB) que afecta al hígado y que puede producir una infección aguda y, en algunos casos, una inflamación crónica que puede evolucionar a cirrosis, hepatocarcinoma o fallo hepático.

El periodo medio de incubación de la Hepatitis B es de 75 días, pero puede oscilar entre 30 y 180 días. El virus, que puede detectarse entre 30 y 60 días después de la infección, puede persistir y dar lugar a una hepatitis B crónica.

La hepatitis B se transmite normalmente de la madre al niño durante el parto (transmisión perinatal), por exposición percutánea o de las mucosas a sangre o diferentes líquidos infectados, así como a través de la saliva y los líquidos menstruales, vaginales y seminales. La hepatitis B puede transmitirse igualmente por vía sexual, sobre todo cuando se mantienen relaciones sexuales de riesgo sin uso de protección, o con la reutilización de agujas y jeringas, sobre todo entre consumidores de drogas inyectables. Además, puede producirse la infección durante procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales, la aplicación de tatuajes o mediante el uso de cuchillas de afeitar y objetos similares contaminados con sangre infectada.

La mayor parte de los afectados no experimentan síntomas durante la fase de infección aguda, aunque algunas personas presentan un cuadro agudo con síntomas que duran varias semanas, e incluyen coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia), orina oscura, fatiga extrema, náusea, vómitos y dolor abdominal. Un pequeño grupo de personas con hepatitis aguda puede sufrir insuficiencia hepática aguda, que puede provocar la muerte.

En algunos casos la hepatitis B puede causar también una infección hepática crónica, que posteriormente puede dar lugar a cirrosis hepática o cáncer de hígado.

Los marcadores serológicos diagnósticos que se realizan de forma rutinaria, en casos de cirugía cardíaca, comprenden antígenos y anticuerpos para Virus de la Hepatitis B (VHB) que son:

HBsAg: Antígeno de superficie del VHB. Es el primer marcador de la infección que aparece y, si persiste más de 6 meses, la infección se considera crónica. En este caso concreto resultó negativa.

Anti-HBc: Indica que el paciente ha estado en contacto con el VHB. En este caso concreto resultó positiva.

Anti-HBs: Anticuerpo frente al HBsAg. Indica recuperación después de haber padecido la enfermedad, aunque se haya padecido de forma subclínica (el paciente no lo sabe), o bien inmunidad tras la vacunación.

Con respecto a la Hepatitis B, según estos marcadores, el paciente se ha recuperado de una infección padecida en el pasado, aunque la misma haya transcurrido de forma subclínica (el paciente desconoce haber padecido la infección). Estos datos sumados al hecho de que la prueba se realizó el 23 de julio de 2015 como parte del protocolo previo a la cirugía cardiaca hace inviable que el paciente haya podido contagiarse durante la intervención practicada el 29 de julio de ese 2015.

Realizada la determinación de carga viral y estudio molecular recomendado como protocolo ante el hallazgo de marcadores serológicos positivos previos, estos resultan negativos para Virus de la Hepatitis B, lo que quiere decir que el paciente NO tiene Hepatitis B.

Actualmente existe tratamiento para los pacientes con Hepatitis B crónica, aunque el tratamiento no siempre cura la infección por el virus de la hepatitis B, sí suprime la replicación del virus. Por tanto, cuando se inicia el tratamiento contra la hepatitis B, se debe continuar durante toda la vida.

El principal pilar de la prevención de la Hepatitis B lo constituye la vacuna, que se administra según calendario vacunal español a todos los lactantes, lo antes posible, tras su nacimiento, y a los trabajadores expuestos, como por ejemplo el personal sanitario. Otras personas, sobre todo si son de alto riesgo (personas que necesitan transfusiones de sangre frecuentes, personas con múltiples parejas sexuales, consumidores de drogas inyectables, etc., tienen la recomendación de vacunación por la OMS). También las personas con mayor exposición deben incluir dentro de sus rutinas, la realización de prácticas realizadas en condiciones seguras para la prevención de la transmisión.

Ya sea para información sobre la prevención de la transmisión o para su detección en el caso de sospecha de infección la recomendación va dirigida a acudir a los Servicios de Atención Primaria del Servicio Público de Salud y a los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, en el caso de trabajadores expuestos.

Virus de la Hepatitis C (VHC):

El virus de la hepatitis C (VHC) puede causar tanto infección aguda como crónica del hígado (Hepatitis). Por lo general, la infección aguda es asintomática y en raras ocasiones (o en ninguna) se asocia a una enfermedad potencialmente mortal. Aproximadamente un 15-45% de las personas infectadas elimina el virus espontáneamente en un plazo de seis meses, sin necesidad de tratamiento alguno. El 60-80% restante desarrollará infección crónica, y en estos casos el riesgo de cirrosis hepática a los 20 años es del 15-30%.

El virus de la hepatitis C se transmite por la sangre. Generalmente se transmite:

- Al consumir drogas inyectables y compartir el material de inyección;

- Debido a reutilización o esterilización inadecuada durante procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales, la aplicación de tatuajes o mediante el uso de cuchillas de afeitar y objetos similares contaminados con sangre infectada.

- A través de transfusiones de sangre y productos sanguíneos sin analizar;

- También se puede transmitir por vía sexual y pasar de la madre infectada a su hijo, aunque estas formas de transmisión son menos frecuentes.

La hepatitis C no se transmite a través de la leche materna, los alimentos o el agua, ni por contacto ocasional, por ejemplo, abrazos, besos y comidas o bebidas compartidas con una persona infectado.

El período de incubación de la hepatitis C puede variar de dos semanas a seis meses. Tras la infección inicial, aproximadamente un 80% de los casos no presentan síntomas. Aquellos con sintomatología aguda pueden presentar fiebre, cansancio, inapetencia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, orinas oscuras, heces claras, dolores articulares e ictericia (coloración amarillenta de la piel y los ojos).

Dado que la infección aguda por el VHC es generalmente asintomática, pocos son los casos diagnosticados en la fase aguda. A menudo, la infección crónica por el VHC también queda sin diagnosticar porque se mantiene asintomática hasta décadas después, cuando aparecen síntomas secundarios al daño hepático grave.

La infección con el VHC se diagnostica en dos etapas:

- La detección de anticuerpos anti-VHC con una prueba serológica revela la infección.

- Si los anticuerpos anti-VHC son positivos, para confirmar la infección crónica se necesita una prueba que detecte el ácido ribonucleico (RNA) del virus (carga viral). Ello es así porque un 30% de las personas infectadas por el VHC eliminan espontáneamente la infección mediante una respuesta inmunitaria fuerte, sin necesidad de tratamiento, y aunque ya no estén infectadas seguirán teniendo los anticuerpos anti-VHC positivos.

Los marcadores serológicos diagnósticos que se realizaron de forma rutinaria al paciente, en el estudio preoperatorio (días antes de la intervención quirúrgica) de cirugía cardíaca (revascularización miocárdica), realizado el 23/07/2015, resultaron positivos para Anticuerpos Virus de la Hepatitis C (VHC Ac). Lo que viene a decir, que el paciente previamente (en el pasado) se había infectado por el VHC, lo que queda demostrado por la presencia de anticuerpos VHC de forma previa al accidente biológico ocurrido en quirófano.

Como protocolo ante el hallazgo de marcadores positivos para el VHC, se realiza la determinación de carga viral, resultando positivo para Virus de la Hepatitis C: 1315764 UI/ml. En el diagnóstico molecular se determina el genotipo del virus con polimorfismo 4GKG. Lo que confirma que el paciente tiene una infección crónica por VHC.

La hepatitis C no siempre requiere tratamiento, porque en algunas personas la respuesta inmunitaria eliminará la infección espontáneamente y algunas personas con infección crónica no llegan a presentar daño hepático. Cuando el tratamiento es necesario, el objetivo es la curación. La tasa de curación depende de algunos factores tales como la cepa del virus y el tipo de tratamiento que se dispensa.

El tratamiento de la hepatitis C está cambiando rápidamente. Los antirretrovirales como el sofosbuvir; el daclatasvir y la combinación de sofosbuvir/ledipasvir forman parte de los tratamientos preferidos en las directrices de la OMS, y pueden lograr tasas de curación superiores al 95%.

Como no hay vacunas para prevenir la infección por el VHC, la prevención depende de la reducción del riesgo de exposición al virus, de la prevención de la transmisión en el entorno sanitario, en los grupos de población de alto riesgo, en los consumidores de drogas inyectables, y en los contactos sexuales, así como de la información asesoramiento, y la detección, atención y tratamiento de las personas infectadas por el VHC».

Las conclusiones del SIP son:

«20.-El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: De los datos disponibles en la historia clínica, y del informe aportado por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, que se ocupó de la investigación del accidente biológico ocurrido en quirófano queda demostrado que:

A.- El paciente ya era portador de anticuerpos de Hepatitis B y Hepatitis C antes de producirse el accidente biológico en quirófano. Tras el estudio posterior protocolario para determinar la actividad o carga viral y genotipo de ambos virus, se concluyó que: la Hepatitis B padecida de forma subclínica en el pasado había curado espontáneamente, y la Hepatitis C de la cual se había contagiado en el pasado, y no se había manifestado aún, estaba activa.

B.- Tras estudio serológico realizado al trabajador sanitario accidentado en quirófano, a lo largo de 7 meses (tenido en cuenta sobradamente los períodos de incubación de los virus) se demostró que el trabajador no estaba infectado (carecía de anticuerpos contra ambos virus), lo cual descarta la posibilidad de que pudiera transmitir o contagiar dichos virus al paciente.

C.- Dado que el trabajador accidentado se pinchó con la aguja después de haber sido extraída del paciente, y la aguja no volvió a ser reutilizada, aunque el trabajador hubiese sido portador de algún virus de transmisión sanguínea, no hubiese sido posible el contagio en la direccionalidad que el paciente presupone (...).».

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, el reclamante no presentó alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por el reclamante al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que de lo actuado se desprende la inexistencia de la relación causal entre el daño alegado y la actuación del Servicio Canario de la Salud y ello porque el paciente ya estaba infectado de Hepatitis B y C antes de la intervención de cirugía cardiovascular a la que se sometió el 29 de julio de 2015. Por lo que, sin relación causal, no cabe el reconocimiento de daño antijurídico ni, por tanto, de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que fue contagiado de hepatitis C en el HUC y hasta agosto de 2016 no se le ha puesto

tratamiento, lo que constituye una mala praxis. Sin embargo, sin la prueba de que efectivamente se infectó en un centro de SCS y que no ha recibido tratamiento en un año para tratar tal patología es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del Servicio Canario de la Salud y los supuestos daños por los que reclama.

Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. El reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por contra, la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que fue asistido adecuadamente tras presentar Síndrome Coronario Agudo (Infarto no Q KILLIP 1) es tratado en su isla de procedencia, La Palma, y trasladado al HUC para realización de cateterismo cardíaco y posterior revascularización miocárdica, intervenciones que resultaron satisfactorias.

El 23 de julio se le realiza, como parte del protocolo preoperatorio de cirugía cardíaca, analítica, revelando la presencia de anticuerpos frente a los virus de la Hepatitis B (Anti-HBc y Anti-HBs son positivos y HbsAg negativo) y la Hepatitis C (VHC Ac positivos).

El posterior accidente biológico carece de relevancia pues, como informa el SIP, de los datos disponibles en la historia clínica, y del informe aportado por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, que se ocupó de la investigación del accidente, queda demostrado que el paciente ya era portador de anticuerpos de Hepatitis B y Hepatitis C antes de producirse el accidente biológico en quirófano. Tras el estudio posterior protocolario para determinar la actividad o carga viral y genotipo de ambos virus, se concluyó que: la Hepatitis B padecida de forma subclínica en el pasado había curado espontáneamente, y la Hepatitis C de la cual se había contagiado en el pasado, y no se había manifestado aún, estaba activa.

Los estudios realizados al trabajador sanitario accidentado en quirófano, demuestran que no estaba infectado (carecía de anticuerpos contra ambos virus), lo que descarta la posibilidad de que pudiera transmitir o contagiar dichos virus al paciente.

A lo que hay que añadir que, dado que el trabajador accidentado se pinchó con la aguja después de haber sido extraída del paciente, y la aguja no volvió a ser reutilizada, aunque el trabajador hubiese sido portador de algún virus de transmisión sanguínea, no hubiese sido posible el contagio en la direccionalidad que el paciente presupone.

Por último, de los datos obrantes en el expediente se desprende que el reclamante, aunque ha estado infectado por la Hepatitis B en el pasado ya se ha recuperado, o sea, que no tiene Hepatitis B.

Por su parte, la presencia de Anticuerpos Virus de la Hepatitis C (VHC Ac) de forma previa al accidente biológico en quirófano supone que el interesado ya se había infectado por el VHC. En el diagnóstico molecular se determina el genotipo del virus con polimorfismo 4GKG. Lo que confirma que el paciente tiene una infección crónica por VHC.

Las pruebas complementarias realizadas (ecografía y Fibroscan) revelan un nivel bajo de progresión de la fibrosis hepática (5,4. IQR 20%), por lo que el paciente no precisa tratamiento en la actualidad, teniendo indicado seguimiento por los Servicios de Medicina Interna del Hospital General de la Palma y Digestivo del HUC.

En definitiva, el reclamante no ha probado que los daños por los que reclama sean consecuencia del servicio sanitario recibido, habiéndose acreditado, por el contrario, que recibió una asistencia adecuada tras sufrir una crisis coronaria, que ya estaba infectado de Hepatitis cuando recibió la asistencia relacionada con sus problemas cardíacos, y que no necesitaba, dada la evolución de la hepatitis C, tratamiento específico en el momento de presentar la reclamación, circunstancias todas ellas que, como hemos razonado, evidencian la inexistencia de nexo causal entre los daños alegados y la asistencia recibida y, por ende, el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la administración, por lo que se ha de concluir con que la desestimación de la pretensión resarcitoria es ajustada a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución analizada, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho con arreglo a la argumentación que se expone en el Fundamento III.