



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 9 de noviembre de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx* y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 9 de octubre de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su esposo, D. vvvvv.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 11 de octubre de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 990/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Pérez Solano.

Primero.- Con fecha 27 de junio de 2003, tiene entrada en el registro de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León una reclamación de indemnización de daños y perjuicios de Dña. xxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue



prestada a su esposo, D. vvvvv, en el Hospital hhhhh de xxxxx. La reclamante expone en su escrito:

“Producida la infección por VIH del paciente (su esposo), a consecuencia de la administración de hemoderivados, y su fallecimiento a consecuencia de las complicaciones infecciosas producidas en el seno de su cuadro de inmunodeficiencia adquirida, es obvio que se ha producido un daño directo de carácter moral a su cónyuge, daño éste que se concreta tanto en el dolor por lo inevitable y el rechazo social, como por la obligación de dispensar los cuidados, atenciones y cariño que únicamente la relación afectiva familiar puede procurar y compartir la angustia y la agonía del paciente hasta la ruptura final del vínculo conyugal”.

Solicita una indemnización de 180.000 euros. Acompaña a su escrito el poder general de representación y copias de los siguientes documentos: del libro de familia; de la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social declarando al esposo de la reclamante afecto de incapacidad permanente absoluta; de la Resolución declarando al mismo afecto de minusvalía en grado de un 75%; del informe de 19 de febrero de 2003 del Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas del Hospital hhhhh de xxxxx, acreditativo –según la reclamante– de su infección por VIH; y del informe de 28 de octubre de 1998 del Servicio de Hematología del Hospital hhhhh de xxxxx, acreditativo –según la reclamante– del tratamiento con hemoderivados comerciales y de su infección por VHC.

Segundo.- Al expediente administrativo se ha incorporado la siguiente documentación:

I.- Informe del Jefe de Sección de Coagulación del Servicio de Hematología del Hospital hhhhh de xxxxx, emitido con fecha 27 de febrero de 2004, en el que señala:

“1.- Que el paciente D. vvvvv tiene historial clínico en esta institución sanitaria con diagnóstico de coagulopatía tipo Hemofilia A Moderada desde 1977.

»2.- Que a consecuencia de su coagulopatía fue tratado con concentrados de Factor en diferentes ocasiones desde su diagnóstico.



»3.- Se detectó seropositividad para VIH en fecha 19-12-1985”.

II.- Informe emitido por el Servicio de Hematología, Sección de Hemostasia y Trombosis del Hospital, en el que se indica:

“A la vista de los datos biológicos, puede establecerse que la primera afectación hepática registrada es en el año 1982. Posteriormente se registran valores elevados mantenidos, salvo determinaciones puntuales achacadas al comienzo del tratamiento con antirretrovirales. En opinión de los especialistas de Medicina Interna, el cuadro biológico es compatible con el comportamiento de la infección por el VHC.

»A partir del año 1994, el seguimiento clínico ambulatorio de este paciente se lleva a cabo por el Servicio de Medicina Interna en función de la terapia integral antivírica”.

III.- Informe emitido por la Inspección Médica, de fecha 22 de abril de 2004, en el que se hace constar, en sus conclusiones:

“D. vvvvv ha recibido las ayudas establecidas en el Decreto 28 de mayo de 1993 previstas para las personas con hemofilia u otras cuagulopatías congénitas contaminadas con VIH que hubieran recibido tratamiento con hemoderivados dentro del sistema sanitario público antes del establecimiento de la obligatoriedad de las pruebas de detección del VIH”.

Acompaña a dicho informe otro elaborado por la Inspección de 27 de mayo de 1999, relativo a una reclamación interpuesta por el esposo de la ahora reclamante, posteriormente desestimada mediante sentencia de la Audiencia Nacional. En este último informe citado se señala:

“Existe una secuencia cronológica clara, entre la administración de los concentrados de factores que los demandantes requerían con anterioridad a 1985, para el tratamiento de su trastorno congénito de la coagulación sanguínea, con la confirmación serológica frente al VHC y la alteración de las pruebas hepáticas”.



IV.- Informe emitido por el Dr. zzzzz, de fecha 14 de noviembre de 2000, en el que se recoge:

- Durante el año 1985 realizó un ingreso (30-01-1985), donde consta que se le prefunde concentrado purificado inactivado, esto es, sometido a controles virológicos. Señala, además, que los productos hemoderivados antihemofílicos usados con este paciente eran de origen comercial y que, desde el año 1984, estaban sometidos a técnicas de inactivación viral.

- Los pacientes, desde el año 1981 estaban incluidos en un programa de profilaxis domiciliaria de FVIII a demanda, disponiendo de un Libro Sanitario Personal del Hemofílico donde se reflejaban los productos y cantidades que necesitaba el enfermo.

Cuarto.- Mediante Resolución de fecha 29 de abril de 2004 (notificada el 5 de mayo de 2004), se concede trámite de audiencia a la parte reclamante sin que conste que durante el plazo concedido haya presentado escrito de alegaciones.

Quinto.- Con fecha 7 de julio de 2006, la Dirección General de Desarrollo Sanitario remite al Servicio de Normativa y Procedimiento de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León informe propuesta de carácter desestimatorio y en la misma se señala:

“Debemos concluir que si el propio daño consistente en el contagio, en el presente caso, es jurídico y debe ser soportado por el paciente, las consecuencias del mismo en forma de limitaciones, controles, complicaciones, otros daños deben también ser soportados por el paciente y personas ligadas a él, más si tenemos en cuenta que en el momento de contraer matrimonio ya era conocida esta circunstancia por la reclamante”.

Sexto.- El 31 de agosto de 2006 el Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula la propuesta de orden desestimatoria, por las mismas razones antes expuestas en el informe propuesta.



Séptimo.- El 25 de septiembre de 2006, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3ª.- Concurren en la parte interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

No obstante, es preciso destacar negativamente que se ha producido una demora injustificada en la tramitación del presente expediente, puesto que la reclamación fue formulada en junio de 2003, el trámite de audiencia fue concedido en mayo de 2004 y la propuesta de orden fue elaborada en agosto de 2006. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración por la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos



en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a 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, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexos causal que implica la necesidad de que el daño sea



consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

Además, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su esposo, D. vvvvv, en el Hospital hhhhh de xxxxx.

La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante, que ha de entenderse que se produce en el momento del fallecimiento de su esposo.

6ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación en los términos y por las razones que procedemos a exponer y analizar.

Es necesario destacar en primer lugar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación, como regla general, es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.



En el presente caso, la reclamante solicita el resarcimiento de los daños morales sufridos como consecuencia del contagio del virus VIH a su marido por una transfusión de hemoderivados contaminados en el Hospital hhhhh de xxxxx.

Conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones.

Así, en Sentencia, entre otras, de fecha 5 de junio de 1998, ha declarado que el "concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo –y así ocurre en el presente caso– se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada".

Y continúa diciendo la citada sentencia: "La doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una



adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así, dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de Fuerza Mayor”.

Asimismo, y de forma más específica, en torno a la responsabilidad de la Administración en supuestos de infección del virus del SIDA en centros sanitarios públicos, ha tenido ocasión de pronunciarse nuestro Tribunal Supremo en numerosas sentencias.

Así, en Sentencia de 11 de mayo de 2004, citada también en la propuesta de orden remitida, recogiendo la doctrina sentada en una anterior de fecha 25 de enero de 2003, mantiene que “es un hecho notorio que en el mes de mayo de 1983 la revista Science dio a conocer el aislamiento del retrovirus VIH, causante del SIDA, por un equipo de científicos, pero este descubrimiento no bastaba para detectar su existencia en la sangre, lo que sólo fue posible cuando se comercializaron los correspondientes reactivos o marcadores, y ello no tuvo lugar hasta el año 1985, en que la propia Administración sanitaria española reconoce en su Resolución de 6 de septiembre de 1985 que «la realización de la prueba de detección de anticuerpos frente al virus asociado a la linfadenopatía/tipo III del virus linfotrópico humano (LAV/HTLV-III), asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sobre unidades de sangre total y/o plasma sanguíneo, es un sistema que está siendo aplicado a nivel mundial, no sólo con fines de diagnóstico y prevención, sino también como un medio de control sistemático por las industrias que utilizan plasma sanguíneo para su fraccionamiento y posterior obtención de hemoderivados».

»La Sala Primera de este Tribunal Supremo en sus Sentencias de 18 de febrero de 1997 y 3 de diciembre de 1999 señala en la primera que «sólo a mediados de 1985 se introdujeron las técnicas al respecto» para detectar la contaminación de la sangre por el virus del SIDA, y en la segunda que «a partir sobre todo del año 1985 ya disponían los centros hospitalarios de las técnicas precisas para combatir el desarrollo del virus». Esta Sala Tercera en sus Sentencias de 11 de marzo de 1998 y 4 de julio del mismo año extrajo consecuencias jurídicas de la existencia de la prueba para detectar el VIH, impuesta a las industrias fraccionadoras de plasma y a los fabricantes e



importadores de hemoderivados por la mencionada Resolución de 6 de septiembre de 1985 de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo.

»En una reciente Sentencia de esta misma Sala, de fecha 29 de noviembre de 2002, se afirma que «en el mes de agosto de 1985 no se disponían de reactivos para la determinación del SIDA», y seguidamente se señala que, conforme a la Sentencia de la propia Sala de 17 de octubre de 2001, sólo se obtuvieron en abril de 1987, a pesar de que, como hemos expresado, la Administración sanitaria española el 6 de septiembre de 1985 (Resolución publicada en el BOE 10-9-85) admite que en esta fecha la detección de anticuerpos frente al virus asociado al SIDA era un sistema que estaba siendo aplicado a nivel mundial, por lo que hemos de aceptar como estado de conocimiento el que dicha Administración reconoce. Releída la Sentencia de esta Sala de 17 de octubre de 2001, en ella no se declara que los marcadores para la detección del VIH se obtuvieran y comercializaran en abril de 1987, sino que en esta Sentencia se transcribe literalmente lo expresado por el Tribunal «a quo», que alude a la obligatoriedad de las pruebas en febrero de 1987 y a la disponibilidad de reactivos «a partir del mes de abril siguiente».

»No podemos, además, olvidar la doctrina jurisprudencial, recogida en las Sentencias de esta Sala de 25 de noviembre de 2000, 10 de febrero, 19 de abril, 11 de mayo, 19 y 21 de junio y 1 de diciembre de 2001, según la cual, a efectos de declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, resulta irrelevante que el contagio se haya producido con anterioridad a que se hubiese impuesto reglamentariamente el deber de analizar la sangre destinada a transfusiones, siempre que aquél hubiese tenido lugar una vez aislado el virus y comercializados los marcadores para detectarlo, dada la posibilidad científica y técnica de efectuar las comprobaciones para descubrirlo en la sangre, pues no siempre el ordenamiento jurídico es reflejo del estado de la ciencia y a los efectos de la responsabilidad patrimonial de la Administración lo que tiene trascendencia es el estado del saber y no el estado de la legislación o de la norma, por lo que es intrascendente que hasta la Orden de 18 de febrero de 1987 no se hubiese establecido con carácter general la obligatoriedad de la práctica de las pruebas de detección del VIH, las que, incluso, se habían impuesto con anterioridad, año 1986, en las Comunidades Autónomas de Cataluña y País Vasco. Octavo- Podemos afirmar, en consecuencia, que hasta el año 1985 el estado de los conocimientos de la técnica no permitía detectar la existencia del VIH en sangre, por lo que todas



las transfusiones de plasma, efectuadas con anterioridad a dicho año 1985, en que se hubiese podido inocular el indicado virus, no generan responsabilidad patrimonial para la Administración sanitaria por no ser la lesión causada antijurídica, según lo establecido en el transcrito artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de diciembre, y así lo ha declarado esta Sala Tercera del Tribunal Supremo, entre otras, en sus Sentencias de 25 de noviembre de 2000 , 10 de febrero, 19 de abril, 11 de mayo, 19 , 21 de junio y 1 de diciembre de 2001, 14 de octubre de 2002, y 21 de octubre de 2002, al considerar como una causa de justificación los llamados riesgos del progreso»”.

Asimismo, en Sentencia de 23 de febrero de 2004, señala que “es doctrina jurisprudencial consolidada que hasta el año 1985 el estado de los conocimientos de la técnica no permitía detectar la existencia del VIH en sangre, por lo que todas las transfusiones de plasma, efectuadas con anterioridad a dicho año 1985, en que se hubiese podido inocular el indicado virus, no generan responsabilidad patrimonial para la Administración sanitaria por no ser la lesión causada antijurídica, según lo establecido en el transcrito artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de diciembre”.

Más recientemente, en Sentencia de 10 de mayo de 2006, ha declarado que “igualmente aprecia la inexistencia de la antijuridicidad en lo que se refiere al contagio del virus del SIDA puesto que, y aun cuando el mismo se había logrado aislar en 1983, en el momento de aplicarse las transfusiones en 1985 el estado de la ciencia o de la técnica impedía practicar pruebas de detección de los marcadores de dicho virus, destacando además que la paciente infectada recibió ya las ayudas correspondientes a dicha infección como consecuencia de lo dispuesto en el Real Decreto Ley 9/1993 de 20 de mayo y expresamente consta que, al obtenerlas, renuncia al ejercicio de todo tipo de reclamaciones”.

7ª.- En el presente caso, ha de analizarse si existe o no relación de causalidad, así como antijuridicidad del daño.

En cuanto a la relación de causalidad, ha de señalarse que existen datos, dentro del expediente administrativo tramitado al efecto, que permiten deducir su existencia, siendo el primero y fundamental las reiteradas y continuas transfusiones que en el centro sanitario público hubieron de llevarse a cabo para tratar la hemofilia padecida por el esposo de la reclamante, junto a la inexistencia de otros factores que permitan inferir cualquier otra vía de



contagio, no siendo elemento de convicción menor el hecho de que se ha admitido al paciente como acogido a las ayudas sociales derivadas del Real Decreto Ley 9/1993, de 28 de mayo, por el que se concede ayudas a los afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), como consecuencia de actuaciones realizadas en el sistema sanitario público, lo que entraña un reconocimiento implícito de infección derivada del tratamiento con hemoderivados. Es importante señalar además, que dichas ayudas según la doctrina tendrían un carácter más asistencial que indemnizatorio.

El preámbulo de esta disposición y el resto de su articulado apunta, sin duda, más a la idea de asistencia social que a la idea de responsabilidad de las Administraciones Públicas; el Decreto Ley considera "que estamos ante un problema de auténtico alcance social que, como tal, requiere de los poderes públicos una respuesta singular, basada en el principio de solidaridad con los afectados", el preámbulo de la norma continúa señalando que con ella "se pretende responder a esa necesidad de apoyo y solidaridad con los afectados, sustituyendo las ayudas colectivas existentes con anterioridad por un sistema de aportaciones económicas individualizadas destinadas a paliar las graves consecuencias no sanitarias del problema, que se asignan no sólo a los afectados sino también a sus familiares, según las diferentes situaciones personales".

Acreditada la relación de causalidad, el análisis del caso debe centrarse en la existencia o no del requisito de la antijuridicidad del daño.

Hemos de recordar que las primeras disposiciones que introducen la obligación de practicar pruebas de detección antiVIH son, por un lado, la Resolución de 6 de septiembre de 1985, de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, declarando la obligatoriedad de las pruebas de detección de anticuerpos para las industrias fraccionadoras de plasma y los fabricantes e importadores de hemoderivados y, por otro, en cuanto a las donaciones de sangre para todo el Estado, las Órdenes de 18 de febrero y 23 de julio de 1987. Asimismo no hay que olvidar que no es sino a partir del I Congreso Internacional Médico de Atlanta, celebrado en abril de 1985, cuando con carácter mundial se establece la necesidad de someter a pruebas de detección de anticuerpos tanto las unidades de plasma que se utilicen para la obtención de hemoderivados, como las donaciones de sangre para transfusiones o intervenciones quirúrgicas.



Surge el problema de determinar cuándo fue infectado con el virus el esposo de la ahora reclamante. Así, en el expediente administrativo consta que se detectó al paciente seropositividad para VIH en fecha 19 de diciembre de 1985.

Asimismo, de acuerdo con los informes médicos obrantes en el expediente, puede mantenerse que los productos hemoderivados antihemofílicos usados con este paciente eran de origen comercial y que, desde el año 1984, estaban sometidos a técnicas de inactivación viral.

A lo anterior ha de añadirse además, que según la ciencia médica, el VIH penetra y empieza a cronificar en el organismo humano en pocos días, semanas como mucho (entre siete y veinte), pero durante un número de años no genera ninguna sintomatología específica, dado que la acción de este virus no consiste en agredir ningún cuerpo humano, sino en menoscabar lentamente y de modo sutil la actuación de las defensas inmunológicas, con lo cual lo único que advierte el sujeto infectado es una progresiva adquisición de enfermedades infecciosas que antes le afectaban en menor medida. (En este sentido procede citar sendas sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 26 de marzo y 16 de julio de 2003).

De todo lo expuesto puede concluirse, respecto al momento del contagio, de esencial importancia para determinar la antijuridicidad o no del daño, que desde el año 1984 se utilizaron en el Hospital hhhhh de xxxxx productos hemoderivados sometidos a controles de inactivación viral, y puesto que la seropositividad fue diagnosticada en diciembre de 1985 y que el virus del VIH durante un número de años no genera ninguna sintomatología específica, el contagio, por tanto, se produjo años antes a 1985.

Por todo ello, en el momento en el que presumiblemente se produjo el contagio del virus la ciencia médica tenía un desconocimiento sobre la naturaleza del éste y, por consiguiente, se ignoraba su existencia, descubierto con posterioridad al acto médico, de manera que la prevención del mal era imposible y externa a la actuación de la institución sanitaria, pues no se conocía el medio de detectar la posible infección, cuya investigación correspondía a otras instituciones. Ello determina que el daño sufrido por el esposo de la ahora reclamante no es antijurídico.



El contagio del virus constituye en el presente caso un riesgo inherente a la práctica médica, imposible de evitar en el momento en el que presumiblemente se produjo, por lo que su materialización no puede generar responsabilidad administrativa.

En consecuencia, hemos de entender que el esposo de la reclamante recibió una asistencia sanitaria correcta, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que las actuaciones seguidas al respecto eran adecuadas, dado su estado general según la *lex artis ad hoc*.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxxx, representada por D. yyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a su esposo, D. vvvvv.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.