

# LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR USO DE SANGRE O PRODUCTOS HEMODERIVADOS CONTAMINADOS. UN ESTUDIO JURISPRUDENCIAL\*

JOAN C. SEUBA TORREBLANCA  
Area de Derecho Civil  
Universitat Pompeu Fabra

SUMARIO: I. APROXIMACIONES AL OBJETO DE ESTUDIO. 1. *Un caso real*. 2. *Algunos datos sobre la incidencia del VIH y del VHC*. a) El VIH. b) El VHC. c) La jurisprudencia sobre contagio del VIH o del VHC por transfusiones o hemoderivados. II. LA JURISPRUDENCIA SOBRE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DEL USO DE SANGRE O HEMODERIVADOS CONTAMINADOS. 1. *Jurisdicción competente*. a) Planteamiento de la cuestión. b) La jurisprudencia sobre competencia de jurisdicción en los casos de contagio. 2. *Legitimación pasiva*. a) Administración sanitaria. b) Hospitales privados. c) Laboratorios. 3. *Nexo de causalidad*. a) Prueba de la relación de causalidad. b) Inexistencia de nexo causal. c) Excepciones jurisprudenciales. d) ¿Prueba diabólica? 4. *La diligencia exigible*. a) Los conocimientos científicos del momento. b) Las alternativas terapéuticas. c) Incumplimiento de la normativa sobre hemodonación. d) Insuficiencia de la aprobación del hemoderivado por las autoridades sanitarias. 5. *Parámetros de responsabilidad*. a) Responsabilidad por culpa. b) Responsabilidad objetiva. 6. *Consentimiento informado y responsabilidad*. 7. *Intervenciones necesarias y deber de soportar el daño*.

---

\* El presente artículo se enmarca en el Proyecto de Investigación "La unificación del derecho de daños en el derecho vigente" (PB97-0098), financiado por el Ministerio de Educación y Cultura, y en los trabajos del *Grup de Recerca consolidat de Catalunya "El dret comú com a base del dret europeu d'obligacions i contractes"* (1995SGR00103), financiado por el *Comissionat per a Universitats i Recerca de la Generalitat de Catalunya*. El investigador principal de ambos proyectos es el Prof. Dr. Pablo Salvador Coderch.

8. *Caso fortuito, fuerza mayor.* a) Rechazo generalizado de la alegación de fuerza mayor. b) La excepción. 9. *Valoración económica del daño.* a) Totales solicitados y obtenidos. b) Determinación y límites de la cuantía. c) Aspectos indemnizados. d) Daños morales. e) Otras fuentes indemnizatorias. 10. *La prescripción de la acción.* a) Los plazos. b) El "dies a quo". c) Casos en los que se declaró prescrita la acción. d) El concepto jurisprudencial de la "unidad de culpa civil". 11. *La jurisprudencia sobre otras causas de contacto del VIH y del VHC.* a) Accidentes laborales. b) Relaciones sexuales. c) Transplantes. III. RELACION CRONOLOGICA DE SENTENCIAS SOBRE CONTAGIO DEL VIH Y VHC POR TRANSFUSION DE SANGRE O CONSUMO DE HEMODERIVADOS.

*Aplicaré mis tratamientos  
para beneficio de los enfermos,  
según mi capacidad y buen juicio,  
y me abstendré de hacerles daño o injusticia.  
A nadie, aunque me lo pidiera, daré un veneno  
ni a nadie le sugeriré que lo tome.*

Hipócrates,  
*Juramento*

## I. APROXIMACIONES AL OBJETO DE ESTUDIO

### 1. *Un caso real*

El día 10 de mayo de 1984 una joven de 23 años, que había sido madre por primera vez pocas semanas antes, tuvo que ser ingresada en el "Sanatorio del Perpetuo Socorro" de Alicante a consecuencia de una trombosis venosa. Allí se le prescribió heparina sódica y el anticoagulante Sintrom. Pero, por un error en la administración de los medicamentos, recibió una dosis cinco veces superior de anticoagulante: en vez de una pastilla diaria, se le suministró una cada cuatro horas, que era la prescripción correcta de la heparina. A fin de evitar las posibles hemorragias que este consumo excesivo de anticoagulante podía producir, se decidió restablecer el nivel de factores de coagulación con la administración de "Hemofactor", producto comercializado por Laboratorios Grifols. La paciente fue finalmente dada de alta el 27 de mayo de 1984.

La administración de aquel hemoderivado, no obstante, tendría trágicas consecuencias. Los controles médicos a los que fue sometida con

posterioridad revelaron disfunciones hepáticas. El 13 de julio de 1984 fue diagnosticada como portadora del virus de la hepatitis B (VHB), que posteriormente sería calificado como C (VHC). Y entre febrero y marzo de 1995, como portadora del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Tenía entonces 34 años de edad y dos hijos, uno de 11 años y otro de 8.

El caso llegó a los Tribunales. En el juicio se demostró que se podía haber prescindido del hemoderivado: el prospecto del anticoagulante especificaba que en casos de sobremedicación se administrara vitamina K endovenosa y que sólo en casos de urgencia vital se realizaran transfusiones o suministraran hemoderivados. La Audiencia Provincial de Alicante, por sentencia de 24.2.99 (AC 1999, 351), condenó al centro sanitario donde sucedieron los hechos y al médico que decidió la administración del hemoderivado, así como a sus compañías aseguradoras, al pago de una indemnización de 45 millones de pesetas en favor de la afectada y otra de 24 millones en favor de sus hijos, siempre, en este último caso, que la muerte de la madre fuera debida al VIH o al VHC.

Los casos de responsabilidad por defectuosa asistencia sanitaria son especialmente llamativos dentro de la jurisprudencia de Derecho de Daños: una persona empeora de salud al acudir a un centro en el que esperaba restablecerse o, como mínimo, mejorar. Y, dentro de la responsabilidad sanitaria, los casos de contagio, y muy especialmente del contagio del SIDA, producen una gran conmoción. El afectado no únicamente ha recibido una prestación asistencial defectuosa al serle contagiada una enfermedad; en la mayoría de los casos se le ha imposibilitado llevar, durante el resto de su vida, una relación social, familiar y sexual normal. La persona queda marcada física y psicológicamente para afrontar una vida que será (mucho o algo) más corta.

## 2. Algunos datos sobre la incidencia del VIH y del VHC

### a) El VIH

Según los datos del Registro Nacional de SIDA (1), desde 1981 hasta finales de junio de 1999 se han diagnosticado en España 54.964

---

(1) Registro dependiente del Centro Nacional de Epidemiología (<http://193.146.50.130>), que pertenece al Instituto de Salud Carlos III (<http://www.isciii.es>). Dicho instituto es, según el art. 111 de la Ley General de Sanidad, un "órgano de apoyo científico-técnico del Departamento de Sanidad de la Administración del Estado [<http://www.msc.es>] y de los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas".

casos de contagio de VIH, de los cuales 748 se debieron al uso de hemoderivados y 338 a transfusiones sanguíneas.

Actualmente el riesgo de contagio del VIH por estas causas es prácticamente inexistente debido a la obligatoriedad de las pruebas de detección del virus (2). Así, según los mismos datos, en los 6 primeros meses de 1999 se diagnosticaron 3 casos de contagio por hemoderivados y uno por transfusiones, quedando de esta forma lejos de los 88 casos causados por hemoderivados en 1989 y de los 47 producidos por transfusiones en 1991. La principal causa hoy en día del contagio es el uso compartido de jeringuillas en el consumo de drogas por vía parenteral: en los 6 primeros meses de 1999 se registraron 429 casos, los cuales, sobre el total de 743 de ese período y por cualquier causa, representan un 57,7%.

#### b) El VHC

La introducción, en 1990, de las pruebas de detección del VHC (3) en la sangre ha reducido mucho los contagios del VHC debidos a transfusiones y, hoy, la probabilidad de contagio por esta causa es reducida; concretamente se sitúa en 1/400.000 transfusiones realizadas. Aún y así, es mayor que la probabilidad de contagio del VIH por esta misma vía (1/1.000.000).

Ahora bien, como en el caso del SIDA, las transfusiones o el uso de hemoderivados no son la principal causa de contagio del VHC. Y ello se

---

(2) En España, la Resolución de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de septiembre de 1985 (BOE núm. 217, de 10 de septiembre), completada por la Circular de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de 30 de septiembre de 1985 (BOE núm. 235, de 1 de octubre), estableció la obligación de realizar pruebas de detección de anticuerpos anti LAV/HTLV-III, virus asociado al SIDA. No sería hasta la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 18 de febrero de 1987 (BOE núm. 44, de 20 de enero) que se establecería la obligación de practicar pruebas de detección del VIH.

Idéntica obligación de practicar pruebas de detección del VIH fue establecida también, e incluso con anterioridad a la reglamentación estatal, por diferentes Comunidades Autónomas con la competencia en materia sanitaria asumida: País Vasco, Orden de 10 de septiembre de 1985; Navarra, Decreto Foral 205/1985, de 23 de octubre de 1985; Aragón, Orden de 3 de diciembre de 1985; y Cataluña, Orden de 10 de octubre de 1986.

(3) Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 3 de octubre de 1990 (BOE núm. 245, de 12 de octubre). Con anterioridad, como en el caso de las pruebas de detección del VIH, algunas Comunidades Autónomas ya habían establecido la obligatoriedad de dicha práctica: Cataluña, Orden de 15 de marzo de 1990; Valencia, Orden de 1 de junio de 1990.

manifiesta en que el número de contagios sigue aumentando: en España y en 1998, se identificaron cerca de 1100 nuevos casos, cuando en 1997 sólo lo habían sido unos 750. Así mismo, el Instituto de Salud Carlos III daba a conocer mediante su *Boletín Epidemiológico Semanal* (4) que en 1992 las distintas hepatitis víricas causaron 176 muertes y que en el período 1992-94 las hepatitis eran responsables del 1,74% de todas las muertes por causas infecciosas, un porcentaje casi tres veces superior al correspondiente al período 1980-82, en el que se concretó en un 0,60%.

### 3. *La jurisprudencia sobre contagio del VIH o del VHC por transfusiones o hemoderivados*

Entre finales de 1991 y octubre de 1999 los Tribunales españoles han dictado, según los datos de que disponemos, 90 sentencias en las que se resolvía sobre la responsabilidad civil derivada del contagio del VIH y/o del VHC por causa de transfusiones sanguíneas o uso de productos hemoderivados.

Estos 90 casos pueden agruparse, en atención a la información que figura en cada una de las sentencias, como sigue: respecto de los casos de contagio del VIH, 25 fueron debidos a transfusiones, 8 a hemoderivados y 1 a transfusiones y hemoderivados; respecto de los casos de contagio del VHC, 43 fueron causados por transfusiones, 5 por hemoderivados y 2 por transfusiones y hemoderivados. Además, en otros 5 casos se contagiaron los dos virus: en 2 de éstos mediante transfusiones y en 3 mediante hemoderivados. En un único caso no conocemos la causa que contagió el VHC. Así mismo, entre estas 90 resoluciones hemos incluido un Auto de ejecución de sentencia.

Debemos señalar ahora que en algún momento del trabajo se citan 5 casos más de contagio del VIH o del VHC pero por causas diferentes a las descritas: se trata de 1 caso de contagio sexual del VIH y 1, también de contagio del VIH, debido a que el riñón que se transplantó al afectado procedía de una persona infectada, así como de 3 casos más por accidente laboral, de los cuales en dos se contagió el VHC y en 1 el VIH.

La distribución de los 90 casos por jurisdicciones en los diferentes Tribunales es la siguiente: la jurisdicción civil ha resuelto 20 casos (5); la penal, 3; la contencioso-administrativa, 16; y la social, 51.

(4) *Boletín Epidemiológico Semanal*, vol. 6, núm. 17, 1998.

(5) Recuérdese que uno es un Auto de ejecución de sentencia.

Vemos con estos datos cómo en la práctica judicial la mayoría de los casos son resueltos por la jurisdicción social. Posibles razones que explican este hecho son, por un lado, la rapidez en la resolución del litigio que caracteriza a la jurisdicción social y, por otro, la aplicación unánime en esta jurisdicción del régimen de responsabilidad objetiva, por el que, demostrada la relación de causalidad, el actor tiene muchas probabilidades de conseguir una sentencia que le sea favorable.

La lectura de las 90 sentencias nos muestra que, mayoritariamente, los Tribunales reconocen la pretensión de los demandantes. Concretamente, de los 90 casos, 62 sentencias fueron favorables a la demanda del actor. Si nos fijamos ahora en la distribución por jurisdicciones, de los 20 casos resueltos por la civil, en 14 se condenó al demandado; de los 3 casos de la penal, sólo 1 acabó con sentencia condenatoria y correspondiente determinación de la responsabilidad civil; de los 16 casos de la jurisdicción contencioso-administrativa, en 8 se estableció la responsabilidad de la Administración; y, finalmente, 39 de las 51 sentencias dictadas por la jurisdicción social establecieron alguna indemnización para los diferentes actores.

Al final del trabajo se pueden encontrar dos cuadros: en el primero se han clasificado las sentencias según el o los virus contagiados y las causas de contagio; en el segundo, se han ordenado las sentencias por jurisdicciones y se ha distinguido el virus contagiado y si la sentencia fue favorable o no a la pretensión del demandante.

## II. LA JURISPRUDENCIA SOBRE RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DEL USO DE SANGRE O HEMODERIVADOS CONTAMINADOS

En las líneas que siguen veremos cómo han resuelto los Tribunales españoles las pretensiones indemnizatorias por responsabilidad civil derivada del contagio del VIH y del VHC (6) y cómo han razonado para conceder o denegar tal pretensión. El objeto del estudio se circunscribe a los casos de contagio producido por la transfusión de sangre o por el suministro de un producto hemoderivado contaminados.

---

(6) También hemos utilizado los pocos casos de contagio transfusional del VHB que se encuentran en la jurisprudencia ya que son casos que pueden ser analizados conjuntamente con los de VHC y VIH. Adviértase, además, que muchos casos de contagio del VHC primero fueron diagnosticados como VHB.

Dado que trataremos casos de contagio de diferentes virus y dado que, como más adelante se verá, es muy importante saber la fecha de contagio y de diagnóstico, hemos utilizado en la cita de jurisprudencia una fórmula algo pesada para el lector pero, creemos, útil: entre paréntesis hemos indicado, además de la referencia de publicación de la sentencia, el virus o los virus contagiados (VIH, VHC, VHB o Hep, en el caso que no esté calificada la hepatitis); a continuación, la causa del contagio, según el parecer del demandante (Tr: transfusión; Hm: hemoderivado y en este caso, si ha sido posible, su nombre); sigue el año de contagio y, finalmente, precedido por una "D", el año de diagnóstico. En algunos casos la cita no es completa porque en el texto de la sentencia no figuran los datos que hemos aludido. En el último apartado de este artículo el lector podrá encontrar la relación cronológica de todas las sentencias que sobre casos de contagio hemos utilizado.

### 1. *Jurisdicción competente*

#### a) Planteamiento de la cuestión

La discusión sobre la jurisdicción competente para conocer de los casos de responsabilidad por contagio del VIH o del VHC es uno de los aspectos más reiterados por la doctrina y alegados en los escritos de defensa de los demandados. Pero éste no es un problema específico de los casos de contagio. Comparte la discusión más general sobre competencia de jurisdicción en materia sanitaria y, de forma aún más amplia, sobre todos aquellos asuntos en los cuales, y ello no es difícil, son de aplicación diversos textos normativos que abocan a jurisdicciones diferentes.

La doctrina ha manifestado la sensación de inseguridad jurídica que existe en materia de jurisdicción competente y que se debe, principalmente, a que hechos sustancialmente iguales han sido resueltos por diferentes jurisdicciones, con resultado también diverso. Y es que no únicamente se está discutiendo qué jurisdicción debe conocer del caso sino que, además, se está decidiendo el régimen sustantivo que será aplicable. Aspectos tan importantes como el régimen de responsabilidad aplicable y la diligencia exigible, el plazo de prescripción de la acción y los efectos de declarar el hecho como caso fortuito dependen, en gran medida, de la jurisdicción que dictará sentencia.

Es por ello que el legislador recientemente ha vuelto a abordar el tema a fin de resolverlo. Y la solución que ha previsto ha consistido en atribuir la competencia jurisdiccional en los casos de responsabilidad por defectuosa asistencia sanitaria pública al orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

Tal atribución competencial se ha realizado mediante la reforma de tres leyes: la Ley Orgánica del Poder Judicial, la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa y la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

1. La LO 6/1998, de 13 de julio (7) da nuevo redactado al art. 9.4 LOPJ, segundo apartado, según el cual: “[Los Juzgados y Tribunales del orden contencioso-administrativo c]onocerán, asimismo, de las pretensiones que se deduzcan en relación con la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas y del personal a su servicio, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que se derive. Si a la producción del daño hubieran concurrido sujetos privados, el demandante deducirá también frente a ellos su pretensión ante este orden jurisdiccional” (8).

2. Así mismo, el art. 2 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa (9) establece que “[e]l orden jurisdiccional contencioso-administrativo conocerá de las cuestiones que se susciten en relación con... e) La responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación que se derive, no pudiendo ser demandadas aquéllas por este motivo ante los órdenes jurisdiccionales civil o social”.

3. Finalmente, el art. 2º, 3 de la Ley 4/1999, de 13 de enero (10) establece una nueva Disposición Adicional a la Ley 30/1992, la duodécima, según la cual: “La responsabilidad patrimonial de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados con o por ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones seguirán la tramitación prevista en esta ley, correspondiendo su revisión jurisdiccional al orden contencioso-administrativo en todo caso” (11).

---

(7) BOE núm. 167, de 14 de julio.

(8) El anterior texto establecía: “Los del orden contencioso-administrativo conocerán de las pretensiones que se deduzcan en relación con los actos de la Administración Pública sujetos al Derecho administrativo y con las disposiciones reglamentarias”.

(9) BOE núm. 167, de 14 de julio.

(10) BOE núm. 12, de 14 de enero.

(11) Adviértase la identidad del texto con la Disposición Adicional Primera del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, *Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial* (BOE núm. 106, de 14 de mayo; corrección de errores, BOE núm. 136, de 8 de junio): “De conformidad con lo establecido en los arts. 2.2 y 139 a 144 y concordantes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, la responsabilidad patrimonial de las Entidades Gestoras y servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones, seguirán la tramitación administrativa y contencioso-administrativa prevista en dicha Ley y en el presente Reglamento”.

b) La jurisprudencia sobre competencia de jurisdicción en los casos de contagio

El hecho de que no estuviera resuelta la cuestión de la jurisdicción competente para conocer de los casos de defectuosa asistencia sanitaria ha provocado que la jurisprudencia sobre casos de contagio se encuentre dispersa por todos los órdenes jurisdiccionales. Los diferentes Tribunales, con la excepción de los penales por los motivos que a continuación veremos, han aportado argumentos a fin de declararse competentes para conocer del litigio. Y en todos los casos, con las contadas excepciones que se detallan más adelante, han reconocido su competencia. Veamos tales argumentos.

*Jurisdicción penal*

En ninguno de los casos analizados se ha discutido la competencia de la jurisdicción penal. Es sabido que ésta es preferente al resto de jurisdicciones para conocer de hechos que pueden ser constitutivos de un ilícito penal (12).

En este sentido, la atribución del legislador al orden contencioso-administrativo del conocimiento de los casos de responsabilidad por defectuosa asistencia sanitaria no afecta a la jurisdicción penal, cuando de típicos penales se trate. Además, recuérdese que el art. 109 CP establece, por un lado, la obligación de reparar los daños que se deriven de un ilícito penal y, por otro, la posibilidad que el perjudicado exija la responsabilidad civil derivada de delito ante la jurisdicción civil. El sistema de unificación jurisdiccional previsto recientemente por el legislador presenta, pues, grietas (13).

Ya hemos señalado anteriormente que la jurisprudencia penal en los casos de contagio por transfusiones de sangre o tratamiento con

---

(12) El art. 44 LOPJ establece: "El orden jurisdiccional penal es siempre preferente. Ningún Juez o Tribunal podrá plantear conflicto de competencia a los órganos de dicho orden jurisdiccional".

(13) Ya antes de la aprobación de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa se advirtió del posible aumento de las reclamaciones por deficiente asistencia sanitaria en sede penal a fin de evitar que conociera la jurisdicción contencioso-administrativa. Importantes razones se adujeron: la jurisdicción penal es más rápida y barata para el actor que la contencioso-administrativa. En este sentido, José Manuel Martínez-Pereda, Magistrado de la Sala Penal del Tribunal Supremo, y Antonio Pedreira, Magistrado de la Sala Civil y Penal del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Diario Médico, 6 de abril de 1998 ([www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)).

hemoderivados es escasa. Y de hecho sólo se ha planteado en casos de contagio del VIH; hasta ahora la jurisdicción social no ha resuelto ningún caso de contagio de VHC por dichas causas (14).

Sólo dos casos sobre contagio transfusional del VIH han sido resueltos por la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo. Se trata de la STS, Sala 2ª, 18.11.91 (RAJ 1991, 9448; VIH; Tr; 1986-1987) y de la STS, Sala 2ª, 13.2.97 (RAJ 1997, 728; VIH; Tr; 1982).

1. En la STS, Sala 2ª, 18.11.91 (RAJ 1991, 9448; VIH; Tr; 1986-1987) el Tribunal Supremo se pronunció sobre la responsabilidad penal y civil de diversos cargos del "Hospital Príncipes de España" de Bellvitge (Barcelona), donde, desde el 11 de noviembre de 1986 hasta el 16 de febrero de 1987, se recogieron un total de 6226 donaciones de sangre y se realizaron 2284 transfusiones de aquella sangre sin practicar las pruebas de detección del VIH que había establecido la Orden de 10 de octubre de 1986 del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Como consecuencia de ello, se produjo una pluralidad de contagios del VIH. La Audiencia Provincial de Barcelona declaró al Gerente del Hospital, al Director Médico del Hospital y a la Jefa del Servicio de Hematología autores de un delito continuado de despacho de medicamentos deteriorados (art. 343 CP 1973) y de otro delito continuado de expedición de medicamentos sin cumplir las formalidades reglamentarias (art. 343 bis CP 1973). Así mismo, el Director Médico y la Jefa del Servicio de Hematología también fueron considerados autores de un delito de imprudencia temeraria (arts. 565.1º y .5º CP 1973) y declarados responsables civiles: debían pagar a dos afectados la cantidad de 10 millones de pesetas y otros 15 si la enfermedad desencadenaba síntomas. Finalmente, la Audiencia declaró también la responsabilidad civil subsidiaria del *Institut Català de la Salut*. El Tribunal Supremo estimó parcialmente los recursos de casación de los condenados y el de una persona a quien la Audiencia le había denegado la indemnización y desestimó el del *Institut Català de la Salut*. Consideró al Director Médico como autor de un delito de imprudencia temeraria y a la Jefa de Hematología, autora de una falta de imprudencia. Y ello porque no se apreció que su actuación incurriera en el tipo delictivo de despacho de medicamentos deteriorados porque, primero, faltaba la contrapresta-

---

(14) Aunque se trate de una causa de contagio diferente a la que nos ocupa, parece oportuno ahora recordar que el último y más alarmante caso de contagio masivo del VHC ocurrido en España está siendo instruido ante la jurisdicción penal. En marzo de 1999 apareció en la prensa la noticia del contagio de unas 200 personas en dos hospitales de la Comunidad Valenciana. El denominador común entre los afectados era que habían sido atendidos por el mismo anestesista, persona contagiada por el virus y, posiblemente, consumidora de morfina. Supuestamente, la forma de contagio era el uso en el quirófano de la jeringuilla con la que se inyectaba la sustancia.

ción que caracteriza a esta actividad y, segundo, la sangre no puede ser objeto de comercio. Hay que destacar que el Gerente del Hospital se benefició de la estimación de los motivos del Director Médico y de la Jefa de Hematología, que eran por los que había sido condenado el Gerente. La responsabilidad civil no fue modificada.

2. En el caso de la STS, Sala 2ª, 13.2.97 (RAJ 1997, 728; VIH; Tr; 1982), el viudo de una enferma contagiada del VIH imputó a tres doctores el delito de imprudencia temeraria profesional, cuyo resultado lesivo se concretaba, según su parecer, en el "padecimiento por dolores, sometimiento a intervención quirúrgica y no alargamiento de la vida". La difunta había recibido gran cantidad de transfusiones sanguíneas en 1982. El Tribunal Supremo desestimó el recurso de casación interpuesto contra la sentencia absolutoria de la Audiencia Provincial de Madrid al no haberse probado la relación de causalidad tanto respecto de los síntomas especificados como respecto del contagio del VIH y la actuación de los médicos.

En la jurisprudencia menor encontramos otra sentencia, la SAP Barcelona, Sala de lo Penal, 5.7.95 (ARP 1995, 1009; VIH; Tr), que, aunque no trata sobre la responsabilidad derivada del contagio, interesa destacar porque se resuelve sobre la responsabilidad penal de los encargados de un banco de sangre. En el caso, la querellante acusaba a directivos de Cruz Roja del delito de imprudencia temeraria en relación con el delito de propagación maliciosa de enfermedades y de los delitos de lesiones culposas por imprudencia y de omisión del deber de socorro por no "haber realizado de inmediato las gestiones oportunas para localizar a las personas posiblemente contaminadas y, una vez conocida la persona infectada, el no habersele informado de su cualidad de portadora". El Juzgado de la Penal absolvió a los demandados y la Audiencia confirmó la sentencia.

### *Jurisdicción civil*

Tradicionalmente, la jurisdicción civil se ha declarado competente, y todavía lo sigue haciendo, en los casos de responsabilidad por defectuosa asistencia sanitaria prestada por administraciones públicas a beneficiarios de la Seguridad Social. Y ello mediante diferentes argumentos:

1. Los Tribunales civiles han considerado que la acción ejercitada por el actor es de naturaleza estrictamente civil, pues se da en una relación entre particulares. En estos casos, se considera que la Administración actúa como un sujeto de Derecho Privado ya que en el marco de la asistencia sanitaria no ejerce las potestades que le son propias como Administración.

En estos casos era de aplicación el art. 41 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 1957. Recordemos que con la batería de reformas legislativas expuestas anteriormente la posibilidad de reclamar la responsabilidad civil de la Administración por una defectuosa asistencia sanitaria ante la jurisdicción civil queda vedada.

Este razonamiento lo encontramos en diferentes sentencias:

STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989): “[C]uando las entidades gestoras de la prestación de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, bien sea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), bien las que han venido a sucederle en las Comunidades Autónomas... realizan actuaciones de atención médico-sanitaria respecto a los particulares no lo hacen en el marco de una relación jurídico-pública, pues ni se hallan dotadas de ‘ius imperium’, ni ejercitan actividad de prestación de servicios públicos, sino en el de una relación de Derecho privado (15), a modo de empresarios obligados a procurar la curación de un lesionado o enfermo, con aplicación de lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado...” (FD 3º).

SAP Asturias, Sala Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; VHC; Tr; 1987): en *obiter dicta* se afirma que la decisión del Juzgado de Primera Instancia de desestimar la alegación de la demandada sobre la incompetencia de la jurisdicción civil es correcta pues se aplicó “la doctrina jurisprudencial vigente y válida antes de la reforma de la Ley de Procedimiento Administrativo Común de 26 de noviembre de 1992, es decir, en favor de la jurisdicción civil al haber tenido lugar la actuación de la Administración como entidad privada que había de procurar la sanidad del enfermo” (FD 1º).

---

(15) Argumento éste de la naturaleza privada de la prestación de asistencia sanitaria que podemos volver a ver en la jurisprudencia menor. Así, p.e., Auto AP Ciudad Real 21.5.98 (RGD 657, págs. 8528-8531; MP: José Arturo Fernández García): los padres de un menor, que había padecido, en septiembre de 1994, una asistencia sanitaria defectuosa – en el texto del auto no se especifica en qué consistió – presentaron demanda ante la jurisdicción civil contra los dos hospitales donde fue atendido, contra diversos médicos y contra el ente público del que dependían los centros. El Juzgado de Primera Instancia, por Auto de 29.11.97, se consideró incompetente para conocer del asunto. Los demandantes recurrieron el Auto y la Audiencia estimó el recurso, declarando la competencia de la jurisdicción civil para resolver el litigio. El principal argumento esgrimido es la “vis atractiva” de la jurisdicción civil, pues, según considera el Auto, no se ha producido en el ordenamiento una unificación jurisdiccional en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración. Así mismo, se atiende a la naturaleza civil de la acción de responsabilidad extracontractual de las personas físicas. Finalmente, llama la atención el argumento según el cual “la actuación de curar enfermos es de carácter privado”, por lo que debe ser tratada por la jurisdicción civil.

2. Así mismo, el hecho de que no fuera pacífica la jurisdicción que debía conocer de los casos de defectuosa asistencia sanitaria ha permitido a los Tribunales del orden civil atribuirse la competencia en aplicación de lo previsto en el art. 9.2 LOPJ (16).

Dicho artículo recoge el principio de la "vis atractiva" de la jurisdicción civil, el cual fue especialmente tenido en consideración en la STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989); STS, Sala 1ª, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; VIH; Tr; 1984).

Interesa también traer ahora el Auto de la Sala de Conflictos 27.10.94 (RAJ 1994, 10587; MP: Pascual Salas Sánchez), en el que se discutía si un caso de contagio transfusional del VIH en el sistema de asistencia sanitaria público debía ser conocido por la jurisdicción social o por la contencioso-administrativa. Finalmente se decidió que correspondía a la social pues la L 30/1992 todavía no había entrado en vigor en el momento que se presentó la demanda. El Magistrado Jesús Marina Martínez Pardo redactó un Voto Particular en el que defendió la competencia de la jurisdicción civil: en primer lugar, porque la prestación asistencial deficiente no se equipara a una prestación de Seguridad Social y, por tanto, no tienen cabida en el art. 9.5 LOPJ; y en segundo lugar, por la "vis atractiva" de la jurisdicción civil (art. 9.2 LOPJ) dada la falta de un precepto explícito que atribuya la competencia al orden social.

3. La diferente naturaleza de los demandados también ha permitido a Tribunales civiles reconocerse competentes.

En la STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208; VIH; Tr; 1984) el Tribunal Supremo desestimó el recurso del demandado en el que se alegaba la incompetencia de la jurisdicción civil porque conjuntamente con la Generalitat de Catalunya se demandó a varios médicos.

Ya hemos visto cómo este supuesto ha sido expresamente previsto por la LO 6/1998, de reforma de la LOPJ. Según el nuevo art. 9.4.II, en el caso que el daño sea causado conjuntamente por la Administración y por "sujetos privados", la demanda se dirigirá también ante el orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

4. En algunas otras ocasiones la competencia civil ha sido justificada en aplicación del derecho constitucional a la tutela judicial efec-

---

(16) Art. 9.2 LOPJ: "Los Tribunales y Juzgados del orden civil conocerán, además de las materias que les son propias, de todas aquéllas que no estén atribuidas a otro orden jurisdiccional".

tiva, que se ha concretado en el principio de “evitar el peregrinaje de jurisdicciones”.

Así, STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989), STS, Sala 1ª, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; VIH; Tr; 1984).

5. Finalmente, algunas veces se han declarado competentes, simplemente, por razones de justicia material.

STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989): “la declaración de incompetencia del Tribunal civil, a los nueve largos años de ocurrir el luctuoso suceso que sumió en la miseria a la demandante y a sus hijos, quedados en situación calificada por el informe de la Alcaldía de Barcelona, ya en 20 de febrero de 1979, como de ‘francamente deplorable’, obviamente significaría embarcarlos en una nueva búsqueda de Juez competente, para entablar un nuevo proceso en el que, a lo largo de todas sus instancias y vicisitudes, tratar de obtener la satisfacción de un legítimo interés indemnizatorio” (FD 5º).

### *Jurisdicción contencioso-administrativa*

El principal argumento utilizado para defender la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa ha consistido en sostener que en la acción ejercitada se ventila la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, más concretamente, del INSALUD y de las diferentes entidades autonómicas con competencia sanitaria. Y ello porque tanto aquél como éstas deben considerarse integradas en el concepto de Administración Pública. Más concretamente, la jurisdicción contencioso-administrativa revisa el acto administrativo de concesión o denegación de la responsabilidad.

La jurisprudencia contencioso-administrativa es escasa en materia de contagios del VIH y del VHC: sólo 16 casos. Además, en sus sentencias no aparecen razonamientos en los que se justifique la atribución competencial para conocer del caso. Ello es así por el carácter inminentemente revisor de esta jurisdicción: supervisa la legalidad de actos administrativos. Así lo demuestra el hecho que en 13 de las 16 sentencias se recurriera el acto de denegación tácita (8 casos) o presunta (5 casos) de la indemnización solicitada.

Así mismo, desde la entrada en vigor de la L 30/1992, la Sala Especial de Conflictos de Competencia del Tribunal Supremo ha sostenido reiteradamente la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa en los casos de asistencia sanitaria pública.

Con prácticamente idénticos Fundamentos de Derecho (17), los siguientes Autos de la Sala de Conflictos del Tribunal Supremo reconocen la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa en litigios en los que se ventilaba la responsabilidad civil por asistencia sanitaria:

1. Descartando la jurisdicción social: 7.7.94 (RAJ 1994, 7998; MP: Pascual Sala Sánchez; Voto particular: Víctor Fuentes López, quien considera competente a la jurisdicción social dado que lo que la asistencia sanitaria defectuosa no es un acto administrativo, sino que está integrada en la acción de Seguridad Social) (18); 4.7.97 (RAJ 1998, 1318-1314 [diversos autos, todos con el mismo contenido]; MP: Manuel Vicente Garzón Herrero; Voto Particular: Mariano Sampedro Corral, quien defiende la competencia de la jurisdicción social: la materia es propia de la Seguridad Social y el RD se ha extralimitado de su carácter reglamentario, pues ha atribuido competencias); 18.12.97 (RAJ 1998, 1331-1326 [diversos autos, todos con el mismo contenido]; MP: Manuel Vicente Garzón Herrero; Voto Particular: Mariano Sampedro Corral: *idem* Auto 4.7.97); 27.3.98 (RAJ 1998, 7338; MP: Luis Ramón Martínez Garrido): caso de contagio de hepatitis vigente la L 30/1992 y en el que la demanda se presenta ante la jurisdicción social; 27.3.98 (RAJ 1998, 7337; MP: Rodolfo Soto Vázquez); 26.6.98 (RAJ 1998, 7346; MP: Rodolfo Soto Vázquez) 29.6.98 (RAJ 1998, 7347; MP: Luis Ramón Martínez Garrido); 3.11.98 (RAJ 1998, 7979; MP: Luis Ramón Martínez Garrido) (19).

2. Descartando la jurisdicción civil: 17.7.97 (RAJ 1998, 1322; MP: Ramón Rodríguez Arribas): en el caso habían sido demandados la Administración sanitaria autonómica y los médicos. El Juzgado de Pri-

---

(17) El repetido argumento que aparece rutinariamente en esta aburrida y reiterativa jurisprudencia consiste en que la Ley 30/1992 ha vuelto al sistema de unidad jurisdiccional en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas que instauró la LJCA 1956 y que quebró la LRJAE 1957. Y ello lo ha realizado por una doble vía: unificando el procedimiento para la reclamación de indemnización (art. 145.1) y unificando la jurisdicción (mediante la derogación del art. 41 LRJAE) y el régimen jurídico aplicable (arts. 144 y 142.6).

(18) Este Auto, dictado en un caso de contagio del VIH, es uno de los más citados cuando se sostiene la competencia del orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

(19) Este Auto trata un caso de contagio del VIH. En él se cita el Auto 7.7.94 (RAJ 1994, 7998) y posteriores que se pronuncian en el mismo sentido: 25.10.96 (RAJ 1996, 9128) y 10.12.96 (RAJ 1996, 9130), entre otros.

mera Instancia se había declarado competente en atención a la “vis atractiva” de la jurisdicción civil. El Tribunal reconoce la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa porque los médicos fueron demandados por estar al servicio de la Administración.

No obstante parecer una doctrina clara y pacífica, llama la atención cómo la “jurisprudencia” de la Sala de Conflictos es poco respetada tanto por las Salas de lo Civil y de lo Social del Tribunal Supremo (*vid.* apartados anterior –jurisdicción civil– y siguiente –jurisdicción social–) como por Tribunales Superiores de Justicia. En este sentido es ejemplificativa la STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 26.11.96 (AS 1996, 4481, VHC; Tr; 1986; D Hep: 1986; D VHC: 1994): “Ciertamente que el Auto de fecha 7 de julio de 1994 de la Sala de Conflictos de Competencia del Tribunal Supremo sostuvo la competencia de la jurisdicción contencioso-administrativa para conocer de las reclamaciones por asistencia sanitaria defectuosa de la Seguridad Social, pero no es menos cierto que el propio Tribunal Supremo mediante resoluciones posteriores a aquélla, y en concreto mediante Sentencias de la Sala Cuarta de fechas 10 de julio y 16 de octubre de 1995, recaídas en recursos de casación para la unificación de doctrina, declaró la competencia del orden jurisdiccional social para el conocimiento de dichas cuestiones” (FD 2°).

### *Jurisdicción social*

Diferentes son los argumentos aportados por la jurisdicción social para reconocer su competencia. El principal toma en consideración que el actor es un beneficiario de la Seguridad Social y que ésta es responsable de las prestaciones que realiza (art. 23.1 LGSS 1974 (20) y art. 41.1 LGSS 1994 (21)) con el propósito de restablecer la salud (art. 98.1 LGSS 1974). Dicho de otra forma: no tiene sentido que se deba ejercitar ante la jurisdicción social la acción en caso de incumplimiento de la obligación de prestar asistencia sanitaria y que no se pueda ejercitar ante aquella jurisdicción en caso de cumplimiento defectuoso.

Así:

STS, Sala 4ª, 5.6.91, (RAJ 1991, 5131; VHC; Tr; 1986; D: 1989): “exigir las consecuencias de la prestación asistencial deficiente... no puede fundarse en la existencia de una culpa extracontractual, sino en el

---

(20) Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, BOE de 20 y 22 de julio.

(21) Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, BOE núm. 154, de 29 de junio.

desarrollo mismo de la acción protectora de sistema de la Seguridad Social”.

STS, Sala 4ª, 23.1.95 (RAJ 1995, 402; Hep; Tr, 1986; D: 1988) (22): “[C]uando quien [reclama] [es] un beneficiario de la Seguridad Social, que [ha] recibido tratamiento sanitario en una institución sanitaria dependiente del INSALUD, causándole determinados perjuicios, como consecuencia de la atención recibida, la competencia [es] del orden jurisdiccional social, con exclusión tanto del orden jurisdiccional contencioso-administrativo, como del civil ... (FD 2º, con cita de la STS, Sala 4ª, 24.4.90).

El razonamiento es repetido por la jurisprudencia de los Tribunales Superiores de Justicia: STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 23.6.92 (AS 1992, 3171; VIH; Tr; 1983; D: 1990); STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 5.11.93 (AS 1993, 4950; VIH; Tr; 1984; D: 1988).

Ciertamente, el argumento es contundente, pero se basa en una calificación que puede causar distinciones sin sentido.

La calificación, hemos visto, que viene a ser piedra angular para que conozca la jurisdicción social es la de ser “beneficiario” de la Seguridad Social. ¿Qué sentido tiene que unos mismos daños, unos causados a un beneficiario y otros a un particular con asistencia sanitaria privada, deban ser conocidos por jurisdicciones diferentes? Y, de hecho, la misma crítica es extensible a la jurisdicción contencioso-administrativa.

Así, en la STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 15.12.93 (AS 1993, 5304; VIH; Tr; 1984), el Institut Català de la Salut alegó la incompetencia de la jurisdicción social y la competencia de la civil (a fin que no se le aplicara un régimen de responsabilidad objetiva). La alegación fue desestimada y el Tribunal se consideró competente para conocer del caso. No obstante, en el FD 2º se puede leer que si se hubiera tratado de un no beneficiario de la Seguridad Social “sería paladina la competencia de la Jurisdicción Civil”. Y parecidamente en la STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 30.7.94 (AS 1994, 3091; VIH; Diálisis, Tr; 1983), FD 2º.

El segundo argumento importante aducido por la jurisdicción social es que ni la L 30/1992 ni la Disposición Adicional Primera de su Reglamento, aprobado por RD 429/1993, han alterado la distribución

---

(22) El Ponente de esta sentencia es el Magistrado Víctor Fuentes, quien había redactado un voto particular en el famoso Auto de la Sala de Conflictos del Tribunal Supremo 7.7.94 (RAJ 1994, 7998) en el que sostenía la competencia de la jurisdicción laboral. Debemos señalar que, según indica el Ponente, la Ley 30/1992 no era de aplicación el caso por razones temporales.

competencial, que está sometida a reserva de ley orgánica, según establece el art. 117.3 CE.

La STS, Sala 4ª, 16.10.95 (RAJ 1995, 7759; VHC; Tr) (23) estableció esta doctrina que ha sido repetida por otras muchas: STSJ Castilla - León, Burgos, Sala de lo Social, 21.11.95 (La Ley 1995, 3195; VHC; Tr; 1992; D: 1992); STSJ Castilla-La Mancha, Albacete, Sala Social, 15.3.96 (AS 1996, 620); STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.4.96 (AS 1996, 1973; VHC; Tr; 1983; D: 1991) (24); STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 23.7.96 (AS 1996, 3162; VHC; Tr; Hm: Factor VIII; D: 1991); STS, Sala 4ª, 16.1.97 (RAJ 1997, 501; VHC; Tr); STSJ Murcia, Sala de lo Social, 17.3.97 (AS 1997, 1205; VHC; Tr; 1982; D: 1994); STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 3110; VHC; Tr; 1989; D: 1993); STSJ Galicia, Sala de lo Social, 16.4.98 (AS 1998, 955; VIH, VHC, VHB), STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 29.4.98 (AS 1998, 5940; VHC); STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.6.98 (AS 1998, 2318; VHC; Tr; 1984; D: 1995).

Esta doctrina jurisprudencial de diferentes Tribunales del orden social sobre la necesidad de que sea una Ley Orgánica la que establezca la nueva distribución competencial, así como sobre la denunciada ilegalidad del RD 429/1993 por regular una materia con reserva de ley puede considerarse, en gran medida, la razón de la triple modificación legislativa comentada al principio de este apartado. El legislador, no obstante, no ha sido excesivamente novedoso: ha reproducido la Disposición del Real Decreto y ha repetido enunciados. Sí que ha sido, algunas veces, original: es discutible la norma que establece que los "sujetos privados" hayan de ser llevados a la jurisdicción contencioso-administrativa en los casos de co-causación de daños. Lo que parece desacertado, en definitiva, es que esta norma figure en la Ley Orgánica que delimita las materias de los diferentes órdenes jurisdiccionales

### *Los casos de incompetencia*

Las diferentes Salas del Tribunal Supremo o de los Tribunales Superiores de Justicia han utilizado los argumentos que acabamos de

---

(23) Contrátese esta decisión con la adoptada en Sentencia 12.5.95 (*infra* "Los casos de incompetencia"), en la que, además, fue ponente el mismo Magistrado: en la de mayo, se dice que la L 30/1992 ha introducido cambios; en la de octubre, en cambio, que no.

(24) Esta sentencia revoca la del Juzgado de lo Social que se había declarado incompetente y había reconocido la competencia del orden civil.

exponer a fin de no declararse incompetentes para conocer del caso. No obstante, en las siguientes tres sentencias sí que se consideró que el litigio quedaba fuera del orden jurisdiccional en el que el Tribunal impartía justicia:

STSJ Madrid, Sala de lo Social, 25.1.95 (AS 1995, 402; VHC; Tr; Hm: Hites; > 1990): el Tribunal se declaró incompetente en atención a lo previsto en la L 30/1992 y en la Disposición Adicional 1ª del RD 429/1993. No conocemos la fecha exacta del contagio pero sabemos que es posterior a 1990, que es cuando la afectada inició un tratamiento con transfusiones para paliar la anemia y otras dolencias que la afectaban. La reclamación se realizó el 30.7.93; la L 30/1992 había entrado en vigor el 27.2.93. Hay que destacar que uno de los codemandados era la fundación donde se prestaba la asistencia sanitaria.

STS, Sala 4ª, 12.5.95 (RAJ 1995, 3771; VHC; Tr): la Sala de lo Social del Tribunal Supremo desestima el recurso de casación para unificación de doctrina porque a los hechos de las sentencias aportadas como contradictorias no es de aplicación la Ley 30/1992. El TSJ, como había hecho el Juzgado de Instancia, entendieron que correspondía la resolución del caso a la jurisdicción contencioso-administrativa. En la demanda se reclamaba una indemnización de 100 millones

STS, Sala 1ª, 16.12.98 (RAJ 1998, 9559; VIH; Tr; 1985): el Juzgado de Primera Instancia había desestimado las excepciones de incompetencia de jurisdicción, falta de reclamación administrativa previa, falta de litisconsorcio pasivo necesario y prescripción, y, respecto del fondo, había desestimado la pretensión de los actores (aunque no consta en base a qué argumentos). La Audiencia confirmó la sentencia. Los demandantes alegaron en casación la infracción del art. 106.2 CE (en relación con el art. 43 CE, donde se establece el derecho a la protección de la salud), del art. 1905 CC y del art. 1.b) del Real Decreto-Ley de 28 de mayo de 1993. El Tribunal Supremo cuestionó de oficio su competencia jurisdiccional y se consideró incompetente en atención al cambio producido por la supresión del art. 1903.5 CC, la aprobación de la L 30/1992 y el art. 215 del Tratado constitutivo de la CEE (25). La indemnización solicitada era de 300 millones.

---

(25) La referencia a este artículo para fundamentar la competencia o incompetencia de jurisdicción es un caso único entre las 90 sentencias. En la sentencia, además, se cita la L 29/1998.

b) *Legitimación pasiva*

## a) Administración sanitaria

En la mayoría de casos los demandados son entes de Derecho Público o sometidos al Derecho Público. Concretamente lo son la entidad gestora del hospital donde ha tenido lugar el contagio, esto es, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (26) o los entes autonómi-

---

(26) STS, Sala 4ª, 5.6.91 (RAJ 1991, 5131; VHC; 1986): no consta el hospital; STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 23.6.92 (AS 1992, 3171; VIH; 1983): Centro Hospitalario Hermanos San Juan de Dios (León); STSJ Madrid, Sala de lo Social, 8.10.92 (AS 1992, 4895; VIH; 1984): Hospital Ramón y Cajal (Madrid); STSJ Galicia, Sala de lo Social, 25.3.93 (AS 1993, 1362; VIH; 1980): Hospital Xeral - Cíes (Vigo); STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 1.4.93 (AS 1993, 1733; VIH; 1985): Hospital Materno Infantil (Badajoz); STSJ Baleares, Sala de lo Social, 13.5.93 (AS 1993, 2558; VIH; 1979-1985): Hospital Virgen de Lluch (Mallorca); SAP Asturias, Sala de lo Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; VHC; 1987): Hospital Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo); STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 5.11.93 (AS 1993, 4950; VIH; 1984): Hospital Ramón y Cajal (Madrid); STSJ Madrid, Sala de lo Social, 24.2.94 (AS 1994, 874; VIH; 1979-1983): Hospital La Paz (Madrid); STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; VHC; 1989): Hospital San Millán (Logroño); STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 25.10.94 (AS 1994, 3754; VIH; <1985): Hospital General Yagüe (Burgos); SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; VHC; 1986): Hospital Ramón y Cajal (Madrid); STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 7.12.94 (AS 1994, 4930; VIH; 1983): Centro Sanitario San Juan de Dios (León), Centro Marqués de Valdecilla (Santander); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 16.1.95 (AS 1995, 266; VIH; 1984): Hospital Hermanos Pedrosa Posada (Lugo), Hospital Clínico (Barcelona), aunque en este centro sólo se le había diagnosticado la presencia de anticuerpos del SIDA. Adviértase en el caso: 1) Que el INSALUD responde y no el SERGAS por cuestiones de transferencia de competencias; 2) Que es el TSJ Cataluña quien resuelve sobre la responsabilidad del INSALUD; STS, Sala 4ª, 23.1.95 (RAJ 1995, 402; Hep; 1986): Hospital General de Elche; STSJ Madrid, Sala de lo Social, 25.1.95 (AS 1995, 402; VHC; > 1990): Fundación Jiménez Díaz (Madrid); SAP Baleares 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; VIH; 1984): no consta el hospital; STS, Sala 4ª, 18.4.95 (RAJ 1995, 4438; VHC; 1989): Residencia Infanta Cristina (Badajoz); STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; 1989): Hospital de Cabueñes (Gijón); STS, Sala 4ª, 12.5.95 (RAJ 1995, 3771; VHC): no consta el hospital; STS, Sala 1ª, 11.10.95 (RAJ 1995, 7406; VHB): no consta el hospital; STS, Sala 4ª, 16.10.95 (RAJ 1995, 7759; VHC): no consta el hospital; STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 10.11.95 (AS 1995, 4404; VHC; 1985): Hospital Virgen de la Salud (Toledo); STSJ Castilla - León, Burgos, Sala de lo Social, 21.11.95 (La Ley 1995, 3195; VHC; 1992): no consta el hospital; STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala 4ª, 23.1.96 (AS 1996, 57; VIH; 1984): Hospital Ramón y Cajal (Madrid); STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 6.2.97 (AS 1997, 495; VHC; VIH; 1984): Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (Badajoz); STSJ Castilla - La Mancha, Albacete, Sala de lo Social, 15.3.96 (AS 1996, 620; VHC; 1989): Hospital de la Princesa (Madrid); STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.4.96 (AS 1996, 1973; VHC; 1983): Residencia Sanitaria de Sagunto; STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 9.6.97 (AS 1997, 2788; VIH; 1981-1983): Hospital La Paz (Madrid), Hospital Ramón y Cajal (Madrid); STSJ Asturias, Sala

cos de aquellas comunidades que han asumido la competencia en materia sanitaria, como es el caso del Servicio Vasco de Salud, *Osakidetza* (27), del Servicio Navarro de Salud, *Osasunbidea* (28), del Institut

de lo Social, 5.7.96 (La Ley 1996, 9108-R; texto completo en la base de datos; VHC; 1989): no consta el hospital; STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 23.7.96 (AS 1996, 3162; VHC): no consta el hospital; STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 26.11.96 (AS 1996, 4481, VHC; 1986): Hospital de la Seguridad Social de Logroño; STSJ Murcia, Sala de lo Social, 17.3.97 (AS 1997, 1205; VHC; 1982): Ciudad Sanitaria La Fe (Valencia); STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 3110; VHC; 1989): Hospital Nuestra Señora del Pino (Las Palmas de Gran Canaria); STSJ Castilla - León, Valladolid, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 2493; VIH; Tr; 1987): Hospital General Princesa Sofía (León); STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 23.7.97 (RJCA 1997, 2833; VIH; 1981): Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo), Hospital Comarcal Carmen y Severo Ochoa (Cangas del Narces); STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 25.11.97 (AS 1997, 3985; VHC; 1979): Residencia Sanitaria de León; STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 17.12.97 (AS 1997, 4572; VHC; 1992): Hospital General Yagüe (Burgos); STS, Sala 4ª, 22.12.97 (RAJ 1998, 737; VHC; 1985): Clínica Ruisenores (Zaragoza); STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 27.1.98 (RJCA 1998, 305; VHC; 1983): Hospital Central de Asturias; STS, Sala 1ª, 11.2.98 (RAJ 1998, 707; VIH; <1992): Residencia Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo), Hospital San Agustín (Avilés); STSJ La Rioja, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 13.3.98 (RJCA 1998, 613; VHC; 1987): Hospital de San Millán (Logroño); STSJ Galicia, Sala de lo Social, 16.4.98 (AS 1998, 955; VHC; 1992): POVISA, centro concertado; STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 17.4.98 (RJCA 1998, 1135; VHC, VIH; 1990): Hospital Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo); STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 29.4.98 (AS 1998, 5940; VHC): no consta el hospital; STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 18.5.98 (AS 1998, 2525; VHC; 1991): Sanatorio de Santa Cristina (Albacete); STSJ Aragón, Sala de lo Social, 20.5.98 (AS 1998, 2131; VHC; 1993): Hospital Miguel Servet (Zaragoza); STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.6.98 (AS 1998, 2318; VHC; 1984): Hospital Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo); STS, Sala 3ª, 28.10.98 (RAJ 1998, 8928; VHB): Hospital Nuestra Señora del Pino (Las Palmas de Gran Canaria); STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 27.11.98 (RGD 656, mayo 1999, págs. 6112-6119; VIH; 1985): en la sentencia consta: "hospital P. de Madrid, hoy hospital G. 'G. M.' "; STS, Sala 1ª, 16.12.98 (RAJ 1998, 9559; VIH; 1985): Ciudad Sanitaria Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo); STS, Sala 1ª, 9.3.99 (RAJ 1999, 1368; VHC; 1989): Hospital Son Dureta (Palma de Mallorca); SAP Madrid, Sala de lo Civil, 12.3.99 (AC 1999, 722; VHB; 1985): Hospital 12 de Octubre (Madrid); STSJ Asturias, Sala de lo Social, 26.3.99 (AS 1999, 915; VHC; 1988): Hospital de Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo); STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; 1975): Hospital de Valdecilla (Santander).

(27) STSJ País Vasco, Sala de lo Social, 11.10.94 (Base de datos La Ley; VHC): no consta el hospital; STSJ País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 21.1.99 (RJCA 1999, 341; VHC; 1989): Hospital Nuestra Señora de Aránzazu; STSJ País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 11.2.99 (RJCA 1999, 389; VHC; 1987): Hospital de Cruces.

(28) STSJ Navarra, Sala de lo Social, 9.6.99 (El Derecho 99/16396; VHC; 1991): no consta el hospital.

*Català de la Salut* (ICS) (29), del Servicio Valenciano de la Salud (SER- VASA) (30), del Servicio Andaluz de Salud (SAS) (31), del *Servicio Galego de Saude* (SERGAS) (32) o del Servicio Canario de Salud (33), el órgano público del que dependen dichas entidades gestoras (34), el

(29) STS, Sala 4ª, 21.2.91 (RAJ 1991, 860; Hep): no consta el hospital; STS, Sala 2ª, 18.11.91 (RAJ 1991, 9448; VIH; 1986-1987): responsabilidad civil subsidiaria, Hospital Príncipes de España (Bellvitge, Barcelona); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; VIH; 1984): Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 15.12.93 (AS 1993, 5304; VIH; 1984): Hospital Infantil del Valle Hebrón (Barcelona); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 30.7.94 (AS 1994, 3091; VIH; 1983): Hospital de Bellvitge (Barcelona); STS, Sala 4ª, 10.6.96 (RAJ 1996, 5007; VIH; 1985): Hospital Sociedad de Socorros Mutuos (Mollet, Barcelona), Hospital Príncipes de España (Bellvitge, Barcelona) y Hospital del Valle Hebrón (Barcelona); STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VIH, VHC; 1983): Hospital Príncipes de España (Bellvitge, Barcelona); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 3.4.97 (AS 1997, 1400; VIH; 1986): Hospital de Girona; STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208; VIH; 1984): no consta el hospital; STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 5.7.97 (AS 1997, 3074; VHC; 1971): Hospital Universitario Materno Infantil del Valle Hebrón (Barcelona); STS, Sala 1ª, 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; VIH; 1986): Hospital del Valle Hebrón (Barcelona).

(30) STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.12.93 (AS 1993, 5374; VIH; 1984): Hospital Clínico Universitario (Valencia); STS, Sala 4ª, 23.1.95 (RAJ 1995, 402; Hep; 1986): Hospital General de Elche; STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.4.96 (AS 1996, 1973; VHC; 1983): Residencia Sanitaria de Sagunto; STSJ Murcia, Sala de lo Social, 17.3.97 (AS 1997, 1205; VHC; 1982): Ciudad Sanitaria La Fe (Valencia); STS, Sala 4ª, 5.5.99 (RAJ 1999, 4703; VIH, 1986): no consta el hospital.

(31) STS, Sala 3ª, 6.2.96 (1996, 989; VIH; 1984): Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío (Sevilla); STSJ Andalucía, Málaga, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 25.11.97 (RJCA 1997, 2503; VIH; 1986): Hospital Regional Carlos Haya; STSJ Andalucía, Málaga, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 9.3.98 (RJCA 1998, 749; VHC; 1989): Hospital Clínico Universitario (Málaga); STS, Sala 1ª, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; VIH; 1984): Hospital Maternal Infantil (Granada). La sangre, parece, provenía del Servicio de Hemoterapia y Hematología del Hospital Virgen de las Nieves (Granada); STSJ Andalucía, Granada, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 15.2.99, (RJCA 1999, 518; VHC): Hospital General Virgen de las Nieves (Granada).

(32) STSJ Galicia, Sala de lo Social, 25.3.93 (AS 1993, 1362; VIH; 1980): Hospital Xeral – Cies (Vigo); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 16.1.95 (AS 1995, 266; VIH; 1984): Hospital Hermanos Pedrosa Posada (Lugo). En el caso, por cuestiones de transferencias de competencias, fue declarado responsable el INSALUD; STSJ Galicia, Sala de lo Social, 16.4.98 (AS 1998, 955; VHC; 1992): POVISA, centro concertado.

(33) STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 14.4.98 (RJCA 1998, 2535; VHC; 1992): Clínica Nuestra Señora del Pino (Las Palmas de Gran Canaria); STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 5.2.99 (RJCA 1999, 200; VHC; 1992): Hospital Nuestra Señora del Pino (Las Palmas de Gran Canaria).

(34) STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 23.7.96 (AS 1996, 3162; VHC): Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Canarias; STS, Sala 1ª, 11.2.98 (RAJ 1998, 707; VIH; <1992): Ministerio de Sanidad; STS, Sala 1ª, 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; VIH; 1986): *Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya*. Es importante el pronunciamiento de esta sentencia sobre la legitimación pasiva del *Departament*: "(D)emandar al Departament de Sanitat y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña equivale a demandar a ésta". Creemos que el razonamiento es extensible a los demás casos.

hospital o centro sanitario (35) y los médicos (36) que intervinieron en alguna medida en la transfusión o el suministro del hemoderivado.

Pocos casos hemos podido identificar en los que no interviniera la Administración o alguno de sus agentes. Ello no debe interpretarse, necesariamente, en el sentido que la asistencia sanitaria privada fuera más segura y que en ella no se produjeran contagios. Creemos que la razón radica, simplemente, en que la mayor parte de los servicios sanitarios son prestados por la Administración Pública mediante la Seguridad Social.

El hecho que en muchos casos se reclame directamente a la Administración mas no al médico funcionario responsable de la transfusión o del hemoderivado no supone que éste no deba responder.

Efectivamente, recordemos que el art. 145.2 L 30/1992 prevé una acción de regreso del ente público que ha sido declarado responsable o que ha debido asumir las consecuencias económicas de la actuación del funcionario en los casos de dolo, culpa o negligencia grave. En el artículo, así mismo, se prevén una serie de "criterios" que serán ponderados cuando se reclame dicha responsabilidad: el resultado dañoso producido, la existencia o no de intencionalidad, la responsabilidad profesional del personal al servicio de las Administraciones y su relación con la producción del resultado dañoso.

En la jurisprudencia también hemos podido observar el rechazo generalizado a la excepción de litisconsorcio pasivo necesario alegada por la Administración cuando el hemoderivado utilizado había sido suministrado por algún laboratorio.

---

(35) SAP Asturias, Sala de lo Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; VHC; 1987): Hospital Nuestra Señora de Covadonga (Oviedo) y Centro Comunitario de Transfusiones del Principado de Asturias; STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 30.7.94 (AS 1994, 3091; VIH; 1983): Hospital de Bellvitge (Barcelona); STS, Sala 1ª, 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; VIH; 1986): Departamento de Hematología y Hemoterapia del Hospital del Valle Hebrón (Barcelona); SAP Barcelona; Sala de lo Civil, 24.4.98 (AC 1998, 829; VIH): Hospital de la Cruz Roja Española y Quinta de la Salud de "La Alianza" (posiblemente ambos de Barcelona).

(36) STS, Sala 2ª, 18.11.91 (RAJ 1991, 9448; VIH; 1986-1987): Gerente del Hospital, Director Médico, Jefa del Servicio de Hematología, Jefe del Banco de Sangre y dos Médicos Adjuntos del Banco de Sangre; SAP Baleares 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; VIH; 1984); STS, Sala 1ª, 11.10.95 (RAJ 1995, 7406; VHB); STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208; VIH; 1984); 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; VIH; 1986): Jefe del Banco de Sangre y dos médicos más.

Así, en el caso de la STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; VIH; Hm; 1984) el hemoderivado utilizado procedía de Laboratorios Grifols. La alegación de litisconsorcio pasivo necesario formulada por el ICS fue desestimada por el Tribunal, que consideró que en el proceso se dilucidaba la responsabilidad del ICS como ente público de la Seguridad Social; por tanto, éste era el único legitimado. Según el Tribunal, “no se debaten deberes, obligaciones o incumplimientos de otras personas”.

Finalmente, la transferencia de competencias en materia sanitaria a algunas Comunidades Autónomas también ha provocado problemas a la hora de determinar qué Administración debía responder del contagio.

En el caso de la STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.12.93 (AS 1993, 5374; VIH; Tr; 1984) los padres de un niño contagiado con el VIH en 1984 presentaron demanda contra el SERVASA en la que reclamaban el pago de 100 millones en concepto de indemnización por el daño moral que les había causado la muerte de su hijo. El SERVASA, entre otros argumentos, adujo la falta de legitimación pasiva y violación del Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, mediante el cual se traspasaron las competencias en materia sanitaria a la Comunidad Valenciana. En él se especificaba que “se traspasa(ba)n a la Comunidad Valenciana los bienes, derechos y obligaciones del Instituto Nacional de la Salud”. El motivo fue desestimado y el Tribunal condenó al SERVASA al pago de 15 millones: “el término obligaciones comprende todos los transmisibles, cualquiera que haya sido su causa (*ex art. 1089 del Código Civil*)...” (FD 2°).

La STS, Sala 4ª, 23.1.95 (RAJ 1995, 402; Hep; Tr) resolvió un caso en el que se planteó la misma cuestión y en el que intervinieron los mismos demandados. También se declaró la responsabilidad exclusiva del SERVASA porque “del contenido del Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del INSALUD no se deducía que se excluyera la legitimación pasiva de SERVASA” (FD 5°). La transfusión se realizó en 1986 y la hepatitis se diagnosticó en 1988. El Tribunal, además, aportó un nuevo argumento para condenar al SERVASA: el hecho que las dolencias derivadas del contagio se produjeran en fecha posterior a la efectividad de la transferencia.

Así mismo, en contraposición a estas dos sentencias, interesa destacar dos más:

Por una lado, la STSJ Galicia, Sala de lo Social, 25.3.93 (AS 1993, 1362; VIH; 1980) en la que se estableció la condena solidaria al SERGAS y al INSALUD porque los hechos ocurrieron antes y después del tras-

paso de competencias. Según la sentencia, "en contemplación tanto de los términos en que fueron traspasados las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma Gallega... cuanto por tratarse de un supuesto de responsabilidad objetiva, ajeno a la discriminación culposa, por la asistencia sanitaria sucesivamente prestada por ambos organismos públicos" (FD 5°).

Y por otro, la STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 16.1.95 (AS 1995, 266; VIH; Tr; 1984; D 1990): el actor había recibido asistencia sanitaria en un hospital gallego en 1984, donde se le habían realizado 6 transfusiones de sangre, y en otro catalán en 1990, donde se le diagnosticó la presencia de anticuerpos del SIDA. El INSALUD traspasó al SERGAS las competencias en 1990. La demanda se presentó contra el INSALUD, el ICS y el SERGAS. Se estableció la responsabilidad exclusiva del INSALUD: "si indiscutidamente, los hechos determinantes de la responsabilidad a que el litigio se contrae tuvieron lugar con ocasión de transfusiones sanguíneas llevadas a cabo en 1984 en Hospital de Lugo entonces dependiente del INSALUD, es claro que no sólo... no puede jurídicamente hacerse retroactiva la responsabilidad del codemandado SERGAS sino que ante la inexistencia de precepto legal que así lo determine, deviene inaplicable la mancomunidad o solidaridad a que aluden los arts. 1137 y siguientes del Código Civil".

Para el final de este apartado nos hemos reservado la STSJ Baleares, Sala de lo Social, 13.5.93 (AS 1993, 2558; VIH; Tr; Hm; 1979-1985) pues consideramos que en ella el tema de la legitimación pasiva podía haber resultado más fructífero. En el caso, un niño fue tratado con hemofactor en un hospital dependiente del INSALUD y en otro dependiente del ICS. La sentencia condenó sólo al INSALUD. Llama la atención que no se alegrara en ningún momento la existencia de litisconsorcio pasivo necesario. Además, el caso todavía podía haberse complicado más por lo que respecta a la determinación del Tribunal que debía conocer: tampoco fueron demandados los laboratorios que suministraron el hemoderivado, los cuales estaban perfectamente identificados.

## b) Hospitales privados

Como avanzábamos, pocos casos hay en la jurisprudencia en que el contagio del VIH o del VHC se hayan producido dentro de un sistema de asistencia sanitaria privada. Aún así, algunos hemos podido localizar:

El caso con el que iniciábamos este trabajo, SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm; 1984; D Hep: 1984; D VIH:

1995), es uno de ellos. Decíamos entonces que la joven madre fue atendida en el "Sanatorio del Perpetuo Socorro". La demanda se dirigió contra "Casa de Reposo y Sanatorio del Perpetuo Socorro, S.A." y contra las aseguradoras.

En la STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 30.7.94 (AS 1994, 3091; VIH; Diálisis, Tr; 1983) se había demandado conjuntamente al ICS, al Hospital de Bellvitge y al Centre Nefrològic Baix Llobregat, S.A. El Juzgado de lo Social condenó únicamente al ICS. La sentencia fue revocada por el TSJ al considerar que no quedó acreditada la relación causal.

Finalmente, los hechos de la SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.1998 (RAJ 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989) también parece producirse en un hospital privado. En el caso, el hijo de los demandantes fue contagiado con el VIH al suministrársele fibrinógeno contaminado. Se demandó al Santo Hospital de la Caridad de Ferrol y a su compañía de seguros. El Juzgado de Primera Instancia estableció la condena solidaria de 15 millones (en el caso de la aseguradora, hasta el límite de la suma asegurada pactada). La Audiencia confirmó la sentencia.

Al igual que sucedía en el caso de la Administración sanitaria, la excepción de litisconsorcio pasivo necesario alegada por los hospitales privados tampoco ha tenido acogida favorable en la jurisprudencia:

Así, en la SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.1998 (RAJ 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989) los demandados alegaron la existencia de litisconsorcio pasivo necesario porque no había sido demandado el laboratorio farmacéutico que suministró el fibrinógeno, el cual además no estaba determinado por una negligencia del hospital. La Audiencia rechazó la excepción al considerar que el hospital no podía repercutir su falta de control en la identidad de los laboratorios que le suministraban productos en la víctima y hacer que ésta demandara a todos los laboratorios que le hubieran suministrado algún hemoderivado.

### c) Laboratorios

En los casos de contagio por hemoderivados la Administración no es la única posible responsable. También es potencial demandada la empresa que ha fabricado, comercializado o suministrado el producto.

Así, la STS, Sala 1ª, 5.10.99 (texto original; VHC) ha declarado la responsabilidad del laboratorio ICN-Hubber por elaborar un preparado que contagió al demandante. El Tribunal estimó el recurso de casación interpuesto por el actor contra la sentencia de la Audiencia,

confirmatoria de la de instancia. Tanto la Audiencia como el Juzgado de Primera Instancia habían desestimado la pretensión del actor al no apreciar culpa alguna en la actuación del laboratorio. El Tribunal Supremo resuelve el caso aplicando el standard de responsabilidad objetiva establecido en el art. 28.2 LGDCU y establece una indemnización de 50 millones de pesetas (el demandante había solicitado 435).

Esta no es la primera sentencia (aunque sí la primera dictada por el Tribunal Supremo) en la que se condena a un laboratorio por los hemoderivados que ha comercializado. En el caso resuelto por la SAP Baleares 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; VIH; Hm: Bebulin; 1984) el INSALUD recurrió la sentencia del Juzgado de Primera Instancia que le había condenado, conjuntamente con el laboratorio productor, Landerlan, al pago de 35 millones. La Audiencia confirmó la sentencia recurrida.

Ahora bien, en la mayoría de casos en los que el contagio se produjo por el uso de un hemoderivado no ha respondido el laboratorio, sino que lo ha hecho o la Administración o el centro sanitario privado y sus aseguradoras Así, de forma breve:

#### 1. Casos en que ha respondido la Administración.

STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; VIH; Hm; 1984): ICS, 25 millones de pesetas, producto de Laboratorios Grifols; STSJ Galicia, Sala de lo Social, 25.3.93 (AS 1993, 1362; VIH; Hm: Factor VIII; 1980): INSALUD y SERGAS, 30 millones; Factor VIII 500 U I Landelan, vendido (al menos) por el Instituto Francés Merieux; STSJ Baleares, Sala de lo Social, 13.5.93 (AS 1993, 2558; VIH; Tr; Hm; 1979-1985): INSALUD, 10 millones, Hemofactor IX, suministrado por los laboratorios Baxter, Grifols y Landerlan; STSJ Madrid, Sala de lo Social, 24.2.94 (AS 1994, 874; VIH; Hm: Factor VIII; 1979-1983; D: 1985): INSALUD, 25 millones, Factor VIII; STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 25.10.94 (AS 1994, 3754; VIH; Hm; <1985): INSALUD, 3 millones, Factor VIII de diferentes casas comerciales; STS, Sala 3ª, 6.2.96 (RAJ 1996, 989; VIH; Hm; 1984): SAS, 20 millones, producto adquirido a Laboratorios Grifols; STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 6.2.97 (AS 1997, 495; VHC, VIH; Hm; 1984; D VHC: 1993; D VIH: 1994): INSALUD, 25 millones, plasma contaminado procedente de un laboratorio que no se pudo determinar; STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989): ICS, 40 millones; STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 9.6.97 (AS 1997, 2788; VIH; Hm: Hemofil., Criobulin, Proplex, Feiba; Hyate-C; 1981-1983): INSALUD, 40 millones; los productos eran comercializados por Inmuno, con excepción de Hyate-C, que lo era por Porton Products; STSJ Aragón, Sala de lo Social, 20.5.98 (AS 1998,

2131; VHC; Hm: Gammagard; 1993; D: 1994): INSALUD, 20 millones; STSJ Navarra, Sala 4ª, 9.6.99 (El Derecho 99/16396; VHC; Hm; 1991): Servicio Navarro de Salud, 5 millones.

## 2. Casos en que ha respondido el centro sanitario privado y sus aseguradoras

SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.98 (AC 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989): Hospital General de Ferrol, Santo Hospital de Caridad, Compañía de Seguros Banco Vitalicio de España, 15 millones; SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm; 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995): Casa de Reposo y Sanatorio del Perpetuo Socorro, Winterthur Seguros Generales, S.A., Cervantes Helvetia, S.A., Banco Vitalicio de España, S.A. y un médico, 45 millones y otros 24 si manifiesta los síntomas, producto comercializado por Laboratorios Grifols.

El hecho de que responda la Administración o el hospital y sus aseguradoras ante la víctima de los daños causados por un hemoderivado que utilizó y que le había suministrado un laboratorio nos plantea la cuestión de si quienes han pagado pueden ejercitar una acción de regreso contra dicho laboratorio. Las cuantías acumuladas son considerables: la Administración ha pagado cerca de 250 millones y el sector privado, 60. El ejercicio de dicha acción supondría, p.e., que Laboratorios Grifols pagara cerca de 100 millones de pesetas por los contagios que causaron algunos de los productos que suministró.

En un sentido favorable a la posibilidad de ejercitar las acciones oportunas para recuperar las cuantías indemnizatorias pagadas se pronunció la STS, Sala 3ª, 6.2.96 (RAJ 1996, 989; VIH; Hm; 1984). En el caso, la STSJ Andalucía, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 20.11.92 había declarado la responsabilidad de la Administración y condenado al pago de 20 millones de ptas. La Junta de Andalucía interpuso recurso de casación en el que sostenía que se había ignorado que el producto que causó el contagio estaba inscrito en el Registro de Especialidades Farmacéuticas del Ministerio de Sanidad y Consumo y que había sido adquirido a Laboratorios Grifols. Por tanto, continuaba, la Junta no había intervenido ni en la fabricación, ni en la autorización ni en el registro del producto. El Tribunal Supremo consideró que tales alegaciones no desvirtuaban la relación de causalidad entre la transfusión realizada y los daños sufridos por el paciente y que "dicha falta de control sobre el producto sólo autoriza a la Junta a formular las reclamaciones que estime oportunas tanto contra el Ministerio como contra el laboratorio" (FD 4º).

Una de las razones por las que los laboratorios no son demandados es por la dificultad que tiene el enfermo en conocer quién había elabo-

rado o suministrado el hemoderivado. En este sentido, el diario "El País" del día 2 de noviembre de 1999 publicó la noticia de las complicaciones que están teniendo los familiares de unos hemofílicos, ya muertos, que fueron tratados en el hospital La Paz (Madrid) para acceder a esta concreta información a fin de demandar a los laboratorios. El Director-Médico de dicho hospital se niega, según consta en la noticia, a entregarles la historia clínica alegando que sólo el paciente y los médicos tienen derecho a acceder a su contenido (art. 61 LGS) y que éste es un derecho personalísimo y, por tanto, no transmisible. Además, prosigue, incurriría en el delito del art. 197 CP de descubrimiento y revelación de secretos. Con todo ello, hasta ahora, sólo se ha conseguido una nueva dispersión competencial para conocer del asunto: los familiares han presentado querrela criminal a fin que el Juez instructor recabe la información.

### 3. *Nexo de causalidad*

El nexo causal entre la acción del demandado y el daño de la víctima es un requisito necesario para que se pueda declarar la responsabilidad del primero. Determinar si existe o no tal relación causal es competencia del Juez de instancia.

Así, la STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; VHC; 1989; D: 1989), siguiendo doctrina del Tribunal Supremo, afirma que "es el Juez de instancia, cuyo conocimiento directo del asunto garantiza el principio de inmediación del proceso laboral, a quien corresponde apreciar los elementos de convicción –concepto más amplio que el de los medios de prueba- para establecer la verdad procesal intentando su máxima aproximación a la verdad real, valorando, en conciencia y según las reglas de la sana crítica, la prueba practicada en autos... [E]l Tribunal Superior no puede efectuar una nueva ponderación de la prueba, sino realizar un control de la legalidad de la sentencia recurrida..." (FD 1°).

Si, como decíamos, en todos los casos de Derecho de Daños la existencia de la relación de causalidad es un requisito indispensable para poder declarar la responsabilidad, en los casos de contagio la acreditación de tal relación adquiere un valor añadido y es que, como veremos, en la mayoría de litigios se aplica un régimen de responsabilidad objetiva. La única vía que tiene el demandado para no ser declarado responsable es demostrar que no existe relación causal entre su acción (u omisión) y el daño sufrido por el paciente.

a) Prueba de la relación de causalidad

*De forma directa*

Esta forma de demostración de la relación de causalidad tiene como fundamento la teoría de la “conditio sine qua non”. El actor puede demostrar, y así efectivamente lo hace, que el daño que ha sufrido se debe única y exclusivamente a la acción del demandado. Hay que decir que esta prueba es poco común en los casos de contagio debido a la imposibilidad de analizar la sangre transfundida o el producto suministrado (37).

Aún con ello, encontramos algunos casos en los que (parece que) se ha demostrado la relación de causalidad de forma directa:

STS, Sala 4ª, 5.6.91, (RAJ 1991, 5131; VHC; Tr; 1986; D: 1989): “... en el caso enjuiciado la relación de causalidad ... es clara y diáfana, pues en el tratamiento prestado se le hizo transfusión de una sangre portadora del virus de la hepatitis, que de modo necesario y causal había de producirle los daños que se originaron, pues es científicamente probado que una enfermedad se produce por la inoculación de su propio virus” (FD 7º).

STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; Tr; 1975; D: 1993): el demandado había admitido que la sangre transfundida estaba contaminada con el VHC.

*Mediante presunciones*

El establecimiento de la relación causal mediante presunciones presupone el uso de un esquema de causalidad adecuada. En ésta se tiene especialmente en cuenta las probabilidades de que la acción del agente haya sido la que causó el daño.

En este sentido es ilustrativa la STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 10.11.95 (AS 1995, 4404; VHC; Tr; 1985; D: 1990): “La correcta aplicación de las normas de valoración de... [las] pruebas [periciales] exige que se atienda a lo que resulte del conjunto de todas las pruebas periciales practicada, según las reglas de la sana crítica (art. 632 LEC), sin que para llegar a una conclusión admisible en derecho sea preciso obtener la certeza absoluta sobre un determinado hecho, dado el carácter probabilístico de todas las ciencias de la naturaleza” (FD 1º).

---

(37) En este sentido, SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.98 (AC 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989).

De forma parecida, STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 23.6.92 (AS 1992, 3171; VIH; Tr; 1983; D: 1990); STSJ Castilla - León, Burgos, Sala de lo Social, 21.11.95 (La Ley 1995, 3195; VHC; Tr; 1992; D: 1992).

El "enlace preciso y directo según las reglas del criterio humano", según establece el art. 1253 CC, entre el contagio y la actuación adopta muy diferentes manifestaciones en la jurisprudencia.

1. Así, el no pertenecer a grupos de riesgo:

SAP Asturias 22.12.93 (AC 1993, 2406; VIH; Tr; < 1992): vid. STS 11.2.98, Sala 1ª (RAJ 1998, 707): en el caso se tuvo en cuenta que el marido de la afectada tampoco perteneciera a grupos de riesgo y que en el historial clínico de aquella no constaran episodios de drogadicción;

STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989): "No se ha acreditado que el fallecido demandante perteneciese a grupo alguno de especial riesgo, ni que con posterioridad a las transfusiones antes mentadas hubiera llevado a cabo conductas aptas para producir el contagio de la ... enfermedad. Entre los hechos que se acaban de exponer como ciertos y el que se trata de acreditar existe un enlace preciso y directo según reglas del criterio humano que lleva a tener por probada la relación de causalidad discutida por vía de presunción, según lo previsto en el artículo 1253 del Código Civil" (FD 2º);

STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 3110; VHC; Tr; 1989; D: 1993): "[E]l marido de la actora no padece tal enfermedad...; apartado el contagio sexual, es conforme a una deducción lógica el extraer la relación de causalidad entre el hecho que se imputa a la Administración Sanitaria, y el daño producido" (FD 2º).

Sobre la no pertenencia a grupos de riesgo, también: STS, Sala 4ª, 10.6.96 (RAJ 1996, 5007; VHC, VIH; Tr; 1985); STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 17.12.97 (AS 1997, 4572; MP: VHC; Tr; 1992; D: 1993).

2. O simplemente el hecho de no estar infectado con anterioridad a la transfusión o consumo del hemoderivado:

STSJ Castilla-La Mancha, Albacete, Sala Social, 15.3.96 (AS 1996, 620; VHC; Tr; 1989; D: 1991): el contagiado había recibido transfusiones en dos hospitales diferentes. En el proceso se descartó que la infección procediera de la sangre utilizada en un hospital ya que se habían identificado a los donantes y se habían hecho nuevos análisis a su sangre.

No aconteció lo mismo con la sangre empleada del otro. El Tribunal dio especial importancia a que no constara que el afectado estuviera contagiado con anterioridad a las transfusiones.

STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 6.2.97 (AS 1997, 495; VHC, VIH; Hm; 1984; D VHC: 1993; D VIH: 1994): la persona afectada había recibido sangre y plasma. Los donantes de sangre, tras un análisis posterior, dieron resultados negativos de seropositividad. En la sentencia se presumió que el contagio lo causó el plasma, el cual provenía de un laboratorio que no se pudo determinar.

STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 17.12.97 (AS 1997, 4572; VHC; Tr; 1992; D: 1993): se establece la relación de causalidad al haberse probado que el actor no padecía dolencias hepáticas con anterioridad a las transfusiones y que no pertenece a ningún grupo de riesgo.

SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm: 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995): se establece la relación causal entre el suministro del hemoderivado y el contagio del VHC y del VIH porque: los análisis de sangre de la afectada realizados con anterioridad a la recepción del hemoderivado eran normales.

### 3. Finalmente, por razones meramente de probabilidad:

SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm: 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995): una de las razones por las que se consideró establecida la relación de causalidad fue que la Audiencia tuvo presente el hecho de que en 1984 la administración de hemoderivados era una de las principales fuentes de contagio.

STSJ Navarra, Sala 4ª, 9.6.99 (El Derecho 99/16396; VHC; Hm; 1991): en el caso, el Tribunal consideró acreditada la relación causal entre la transfusión de un hemofactor y el contagio en base a la declaración en el juicio del especialista en hematología. En ella se advertía de la posibilidad de la causa del contagio fuera el hemofactor transfundido.

Podemos afirmar, por lo dicho, que el actor tiene a su favor la amplia consideración con la que los Tribunales aprecian la existencia del nexo causal. Además, es práctica judicial habitual la de proceder a la inversión de la carga de la prueba, pues es (o debe ser) más fácil para el demandado demostrar que la sangre o los hemoderivados no estaban infectados que para el actor.

En algunos casos, no obstante, las circunstancias personales y la forma en que acontecieron los hechos llevaron al Tribunal a que considerara que no existían suficientes indicios para declarar probada la relación causal:

STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 30.7.94 (AS 1994, 3091): contagio del VIH a una persona que en 1983 empezó un tratamiento de hemodiálisis. Así mismo, se le realizaron unas diez transfusiones de hemoderivados. La esposa y un hijo nacido en 1980 también eran seropositivos. En cambio, un hijo nacido en 1985, no. El Juzgado de lo Social estimó parcialmente la demanda presentada por el actor, su esposa y el hijo contagiado al apreciar de forma presuntiva la relación de causalidad y condenó al ICS al pago de 20 M. El TSJ, en cambio, revocó la sentencia por considerar que no se había acreditado la relación de causalidad y que tampoco existían indicios suficientes para establecerla de forma presuntiva.

STSJ Andalucía, Málaga, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 25.11.97 (RJCA 1997, 2503; VIH): la actora había recibido diversas transfusiones en el transcurso de intervenciones quirúrgicas y había admitido que mantuvo relaciones sexuales con varias parejas y sin métodos de barrera y que consumió de drogas por vía perenteral. El Tribunal consideró que no se podía establecer el nexo causal porque concurrían eficientemente varios factores sin que fuera posible descartar unos a favor de otro.

#### b) Inexistencia de nexo causal

La principal causa de exoneración es demostrar que no existe el nexo causal entre la conducta del agente y el contagio sufrido por la víctima. Así se consigue enervar la acción de responsabilidad pues falta un elemento esencial: la relación causa efecto entre la actuación del posible responsable y el daño sufrido por la víctima.

En la jurisprudencia sobre contagio del VIH y del VHC encontramos las siguientes causas:

#### *La víctima ya estaba contagiada*

STSJ Andalucía, Granada, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 15.2.99, (RJCA 1999, 518; VHC; Tr): consideró el Tribunal que no se podía acreditar la relación de causalidad entre las transfusiones realizadas y el contagio del VHC porque el actor padecía desde los seis años de edad hepatitis crónica y las pruebas practicadas a la sangre transfundida para la detección del VHC resultaron negativas.

STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 23.7.96 (AS 1996, 3162; VHC; Tr; Hm: Factor VIII; D: 1991): "la hepatitis C que afecta al actor no tiene su origen en la transfusión, porque del hecho probado tercero

... resulta lo siguiente: el actor sufre una transfusión en 1977, de la que se deriva una hepatitis B, que sigue afectándole en una revisión hecha en 1984. No hay ninguna otra transfusión, hasta que en 1987 se le hace un control que no detecta hepatitis alguna. Luego, ya en 1991 sí se detecta hepatitis" (FD 3°).

SAP Madrid, Sala Civil, 12.3.99 (AC 1999, 722; VHB; Tr; 1985): el demandante no probó que antes de recibir la transfusión no fuera portador del VHB. En esta línea afirma la Audiencia que "es de sentido común que él mismo pudiera haber sido portador asintomático".

### *El demandado no intervino en el nexo causal*

Existen casos en la jurisprudencia en los que el actor demanda a una pluralidad de personas que, de una forma más o menos próxima, han intervenido en el nexo causal. De utilizarse la teoría causal de la "conditio sine qua non" ciertamente todas ellas deberían responder. Pero esta teoría no es la utilizada mayoritariamente en la jurisprudencia de daños.

Los casos que ofrece la jurisprudencia en los que se declara no responsables a sujetos cuya actuación se encuentra muy alejada de la causa directa del contagio son ejemplificativos. Muestran cómo la conducta del demandado debe tener un enlace preciso con el contagio a fin de que se le pueda considerar responsable.

Así:

STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 16.1.95 (AS 1995, 266; VIH; Tr; 1984; D 1990): persona hospitalizada tras sufrir un accidente de trabajo que contrajo el VIH a causa de las transfusiones recibidas. La demanda se presentó contra el INSALUD y la empresa donde prestaba servicios y sufrió el accidente. La empresa fue absuelta.

STS, Sala 1ª, 20.3.96 (RAJ 1996, 2244; Hep; Tr): esquiador accidentado que fue contagiado de hepatitis en el hospital donde es atendido. La víctima reclamó a la empresa explotadora de la estación de esquí 15 millones en concepto de daños y perjuicios, entre los que incluía el contagio de la hepatitis. El Tribunal Supremo confirmó la sentencia de la Audiencia y absolvió a la demandada. Por lo que respecta al contagio, afirmó el Tribunal que "la responsabilidad de la demandada se excluye porque no la tiene por el accidente, luego no puede imputársele por lo que el motivo llama secuelas del mismo". En la sentencia se advierte al demandante de la posibilidad de ejercitar las acciones pertinentes contra los que le transmitieron la enfermedad vírica.

SAP Asturias, Sala de lo Civil, 10.7.98 (AC 1998, 1656; Hep; 1991):

persona atropellada el Día de Año Nuevo de 1991 que, al ser tratada en el hospital, donde se le realizaron transfusiones, contrae la hepatitis. La aseguradora había pagado unos quince millones por el accidente de circulación, pero la víctima valoraba los daños sufridos en casi 51 millones. Por ello interpone demanda sobre reclamación de cantidad contra la aseguradora (Pelayo Mutua de Seguros). El Juzgado de Primera Instancia estimó parcialmente la demanda y condenó a la aseguradora al pago de unos tres millones. Interpuesto recurso de apelación por la actora, éste es desestimado por la sentencia de la Audiencia. Considera que en aplicación del principio de causalidad adecuada, la aseguradora debe responder únicamente del accidente de tráfico, mas no de la asistencia sanitaria defectuosa.

### *La sangre o el hemoderivado no estaban contaminados*

Las formas de demostrar que la sangre o el hemoderivado eran aptos y que, por tanto, no pueden ser la fuente de contagio son diversas: bien se ha identificado a los donantes de la sangre transfundida y los análisis posteriores que se les realizaron resultaron negativos, esto es, mostraban que no estaban infectados, bien la sangre utilizada había superado los controles técnicos exigibles. Estas causas se contraponen a los casos que se verán en el apartado II.4., "Diligencia exigible".

#### 1. Identificación de los donantes y posterior análisis de su sangre.

STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 1.4.93 (AS 1993, 1733; VIH; Tr; 1985); STS, Sala 4ª, 18.4.95 (RAJ 1995, 4438; VHC; Tr); STSJ Castilla - León, Valladolid, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 2493; Tr; 1987); STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 17.4.98 (RJCA 1998, 1135; VHC, VIH; )

Las pruebas realizadas a la sangre o a los hemoderivados resultaron negativas.

STS, Sala 4ª, 21.2.91 (RAJ 1991, 860; Hep; Tr); STS, Sala 4ª, 18.4.95 (RAJ 1995, 4438; VHC; Tr, 1989); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 3.4.97 (AS 1997, 1400; VIH; Tr; 1986); STSJ Castilla-León, Valladolid, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 2493; VIH; Tr; 1987); SAP Barcelona, Sala de lo Civil, 24.4.98 (AC 1998, 829; VIH; Tr); STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 5.2.99 (RJCA 1999, 200; VHC; 1992).

No obstante, estas posibles causas de exoneración provocan una duda: la de saber si los controles que en aquel momento se realizaban a los donantes o a la sangre almacenada eran los adecuados para detectar que estuvieran contaminados. Pero entonces pasaríamos de discutir el nexo causal a la diligencia exigible.

### c) Excepciones jurisprudenciales

Los supuestos que hemos visto parecen claramente hábiles para que el demandado demuestre que no existe un nexo causal directo e inmediato que relacione su actuación con el contagio de la víctima. Pero la jurisprudencia nos ofrece algunos casos en los que, a pesar de haberse demostrado que la sangre o el hemoderivado no estaban contaminados, procede establecer el nexo causal y, por tanto, declarar la responsabilidad de los servicios sanitarios.

STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 14.4.98 (RJCA 1998, 2535; VHC; Tr; 1992; D: 1992): el Tribunal recurre al desconocimiento del índice de error para apreciar, por defecto, el nexo causal: "La señora R. ingresó sin dolencia hepática alguna y por lo tanto hay una conexión ente la actuación administrativa y el daño real ocasionado... Ello es así porque: a) la transfusión es la forma más idónea y estadísticamente más alta de contagio... b) el análisis de las unidades transfundidas que presentaban pruebas serológicas por hepatitis C negativas, no sirve para llegar a otra conclusión puesto que se desconoce el índice estadístico de error, es decir que no es fiable al cien por ciento" (FD 3°).

STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 18.5.98 (AS 1998, 2525; VHC; Tr; 1991; D: 1992): en el caso, se identificaron a los donantes de la sangre empleada y los análisis que se les realizaron resultaron negativos respecto la detección de marcadores del VHC. Aún así, el Tribunal estableció la relación causal entre el contagio y la actuación sanitaria. Leemos: "Del resultado valorativo de los distintos informes médicos no ofrece duda un hecho, y es que la hepatitis C detectada en el trabajador fallecido tuvo su origen o bien en la sangre transfundida en la operación quirúrgica practicada en 21 de septiembre de 1991 o en la inadecuada esterilización del material quirúrgico empleado en la intervención..." (FD 4°).

### d) ¿Prueba diabólica?

La inversión de la carga de la prueba, por la cual corresponde no al actor sino al demandado demostrar que la sangre o el hemoderivado que se utilizaron no estaban contaminados, ha sido calificada en algu-

nos escritos de defensa o recursos de los demandados como una prueba diabólica. En ellos se sostiene que tan difícil es para el actor como para el demandado demostrar que la sangre o el hemoderivado estaban o no contaminados porque es imposible analizarlos. Además, en algunos casos o bien no fueron analizados porque no existía tal obligación, o bien los medios existentes no eran capaces de reconocer la presencia de los virus. Los Tribunales, no obstante, no han considerado que se trate de una prueba diabólica.

Así, en la STSJ Cataluña, Sala Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; VIH; Hm; 1984) el Tribunal desestimó la alegación del demandado en la que sostenía que demostrar que el hemoderivado estuviera o no contaminado era una prueba diabólica en atención a la alta probabilidad de que el hemoderivado fuera la causa del contagio y por la discrecionalidad de que goza el Juez a la hora de apreciar y valorar las pruebas.

En sede de transfusiones esa prueba diabólica queda anulada si el demandado no puede identificar al donante de la sangre utilizada, a fin de poder realizarle pruebas sobre si es o no seropositivo. La cuestión se reconduce, entonces, a la diligencia exigible a aquél que manipula sangre.

#### 4. *La diligencia exigible*

Gran parte del número de contagios, tanto del VIH como del VHC, se produjeron en momentos anteriores no únicamente a la existencia de la obligación legal de practicar las pruebas de detección de los citados virus a la sangre o hemoderivados, sino también a su identificación. Es por ello que ha sido alegación reiterada en los escritos de defensa o en los recursos de los demandados sostener bien que su actuación no infringió reglamentación alguna, bien que el estado de la ciencia médica todavía no había desarrollado en el momento del contagio pruebas eficaces para garantizar la seguridad tanto de la sangre como del hemoderivado. Con estos parámetros parece oportuno preguntarse sobre la diligencia exigible a los demandados, y, más concretamente, sobre la diligencia exigida por los Tribunales a la hora de dictar sentencia.

##### a) Los conocimientos científicos del momento

Es algo conocido, y no únicamente en el ámbito de la medicina, que con anterioridad a la identificación de los virus causantes del

SIDA y de la hepatitis C se conocía su existencia (38) y, en alguna medida, las formas de transmisión, entre las cuales se contaba la sangre. Por ello, con anterioridad al establecimiento de obligaciones legales, algunas instituciones y publicaciones médicas advirtieron del riesgo de realizar transfusiones y recomendaron que se realizaran únicamente las imprescindibles.

Todos estos acontecimientos no han sido indiferentes en la jurisprudencia que sobre contagio del VIH y del VHC han dictado los Tribunales. Y así se ha cristalizado una regla, manifestada en muchas sentencias, según la cual el nivel de los conocimientos científicos en el momento del contagio modula la diligencia exigible, aún faltando obligación legal.

Si como decíamos dichos acontecimientos no han sido indiferentes para los Tribunales, tampoco lo han sido para el legislador, que ha afrontado el tema en la L 4/1999. Según el segundo apartado del nuevo art. 141.1 L 30/1992, "no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción e aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos". Una de las posibles razones del origen de la norma es que, como hemos visto, en la mayoría de casos el demandado es la Administración sanitaria. Sobre el artículo 141.1 L 30/1992 volveremos *infra* II.7, "Intervenciones necesarias y deber de soportar el daño".

Que el estado de los conocimientos científicos modula la diligencia exigible lo encontramos manifestado en las siguientes sentencias:

SAP Asturias, Sala de lo Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; VHC; Tr. 1987): "una cosa es que en el año en que se realiza la transfusión no se contemplara la obligación de efectuar las pruebas para la determinación de los anticuerpos del virus anti-VHC y otra distinta que no se pudiera constatar científicamente la existencia de otro tipo de hepatitis responsable hasta el 90% de las hepatitis post-transfusionales (HPT), denominada por esa misma razón no A, no B. Dicho en otras palabras, las investigaciones posteriores a la extracción de sangre si bien es cierto que no alcanzaban a revelar la existencia de la hepatitis C, también lo es que podían descubrir una lesión hepática en el donante, determinante de su inaplicación a menesteres terapéuticos" (FD 3°).

STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989): el Tribunal considera que se actuó de forma

---

(38) Así, antes de ser identificado el VIH, éste era conocido como HAL III; y muchas hepatitis C habían sido primeramente calificadas como no A, no B.

negligente ya que aunque ciertamente el estado de la ciencia no permitía detectar la sangre defectuosa, sí que se conocía la existencia de un posible riesgo de contagio de las enfermedades. Y de ello deriva dos consecuencias: primera, la reducción del uso de transfusiones a los supuestos de riesgo vital; segunda, la información al paciente de los riesgos a los que se somete.

STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208; VIH; Tr; 1984): el Tribunal desestima el recurso de la *Generalitat de Catalunya* en el que se consideraba que la actuación del hospital no había sido negligente dado el estado de la ciencia en el momento de producción de los hechos. Tal actuación debe ser considerada negligente porque no se adoptaron las medidas necesarias para evitar el contagio.

STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; 1975; D: 1993): en esta sentencia se realizan consideraciones sobre el nuevo texto del art. 141.1 L 30/1992 según la L 4/1999. El Tribunal considera que aunque dicho texto no fuera aplicable al caso, en él se encuentra un principio que ya estaba latente en la regulación anterior. Según el Tribunal, corresponde a la Administración demostrar la insuficiencia de los conocimientos científicos para poderse exonerar, los cuales, continúa, abarcan no únicamente los referidos a la hepatitis sino también a aquéllos sobre hemodonación y hemoterapia. Y concluye: "(D)ebe advertirse, además, que 'estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes' no es estado de la legislación, pues es sabido que ésta -la legislación, el derecho positivo- va siempre detrás de los hechos, hasta el punto de que no es infrecuente que se modifique un texto legal para adaptarlo al progreso técnico" (FD 5º).

Recogiendo el mismo principio que enunciábamos al inicio de este apartado, STSJ Madrid, Sala de lo Social, 8.10.92 (AS 1992, 4895; VIH; Tr; 1984); SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; VHC; 1986; D: 1989); STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991); STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 23.7.97 (RJCA 1997, 2833; VIH; Tr; 1981; D: 1987); STS, Sala 3ª, 28.10.98 (RAJ 1998, 8928; VHB; Diálisis); STS, Sala 1ª, 9.3.99 (RAJ 1999, 1368; VHC; Tr; 1989).

## b) Las alternativas terapéuticas

Existe un grupo de casos en la jurisprudencia sobre contagio en el que la transfusión o el suministro del hemoderivado se realizó bajo dos circunstancias que supondrán que el demandado haya de responder. Dichas circunstancias son, primera, que la transfusión o el hemoderivado no eran imprescindibles en la asistencia sanitaria que precisaba el paciente; y segunda, que no se acudió a otras alternativas

terapéuticas diferentes a la transfusión o el hemoderivado y con las que se podía haber evitado el riesgo que comportaba su uso.

Así, en la SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.98 (AC 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989) el hospital donde se usó el hemoderivado fue condenado al considerarse que creó un elevado riesgo al dispensar el hemoderivado ya que podía haber buscado otra alternativa terapéutica. Así mismo, el estado del enfermo tampoco exigía el uso de aquel concreto hemoderivado.

El caso con el que iniciábamos estas páginas, SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm: 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995), puede ser también aquí aportado: en un caso de sobremedicación de un anticoagulante, el médico prescribió "Hemofactor", que causaría el contagio de VHC y VIH. La Audiencia considera que la actuación médica que se debía realizar era, en principio, la espera controlada de los efectos, pues era probable que la paciente ni sufriera hemorragias ni cambiara su estado clínico. Y en el caso que sí sangrara, se debía administrar vitamina K endovenosa. Por tanto, la administración del "Hemofactor" se debía reservar para casos de urgente necesidad vital. Estas indicaciones fueron realizadas por peritos durante el juicio, pero también constaban en el prospecto oficial del anticoagulante.

### c) Incumplimiento de la normativa sobre hemodonación

Con independencia de la regulación sobre las pruebas de detección de virus que se deben realizar a la sangre y hemoderivados, existe un conjunto de normas que regulan las condiciones en que se deben realizar la recogida, almacenamiento y conservación de la sangre (39).

En algunos casos, la declaración de responsabilidad ha procedido porque el centro sanitario que recogió y utilizó la sangre incumplió las exigencias de alguna de aquellas prescripciones.

1. Así, la condena ha procedido en algunos casos porque no se pudo identificar a los donantes de la sangre.

---

(39) La regulación de la hemodonación y de los Bancos de Sangre ha ido evolucionando, lógicamente, a medida que lo hacían los conocimientos científicos, aunque algunas veces no con la rapidez que hubiera sido deseable. Actualmente el texto vigente es el Real Decreto 1854/1993, de 22 de octubre (BOE núm. 278, de 20 de noviembre). Los requisitos técnicos y las condiciones mínimas de hemodonación que en él se prevén han sido actualizados por dos Ordenes del Ministerio de Sanidad y Consumo: una de 7 de febrero de 1996 (BOE núm. 41, de 16 de febrero) y otra de 2 de julio de 1999 (BOE núm. 168, de 15 de julio).

SAP Asturias, Sala de lo Civil, 22.12.93 (AC 1993, 2406; VIH; Tr): vid. STS 11.2.98, Sala 1ª (RAJ 1998, 707); STS, Sala 1ª, 11.2.98 (RAJ 1998, 707; VIH; <1992).

2. O porque no constaba que se hubieran realizado las pruebas de detección de virus obligatorias.

SAP Asturias 22.12.93 (AC 1993, 2406; VIH; Tr): vid. STS 11.2.98, Sala 1ª (RAJ 1998, 707); SAP Baleares 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; MP: VIH; Hm: Bebulin; 1984); STS, Sala 1ª, 11.2.98 (RAJ 1998, 707; VIH; <1992).

3. O porque no se había cumplido con los requisitos exigidos para la hemodonación.

STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991): la normativa entonces vigente en materia de donaciones exigía excluir a aquellos donantes que no fueran idóneos. Y la sangre contaminada, en el caso, provenía de un donante con "lesiones hepáticas".

4. En otros, porque el hemoderivado utilizado no estaba registrado.

SAP Baleares 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; VIH; Hm: Bebulin; 1984).

5. Y, finalmente, en otros porque no estaba identificado el laboratorio que había producido o comercializado el hemoderivado.

STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 6.2.97 (AS 1997, 495; VHC, VIH; Hm; 1984; D VHC: 1993; D VIH: 1994). SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.98 (AC 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989).

En otro orden de consideraciones parece conveniente aportar la SAP Asturias, Sala Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; VHC; Tr. 1987) en la que la declaración de responsabilidad del INSALUD parece basarse en la omisión o, mejor, retraso de dicho Instituto en lo concerniente a la actualización de los requisitos de hemodonación pues en el momento del contagio el demandado conocía los avances médicos relacionados con las hepatitis derivadas de transfusiones así como de las medidas que se estaban desarrollando por otras instituciones extranjeras a fin de reducir el número de contagios. En este sentido leemos en la sentencia: "existe una clara deficiencia, anormal y reprochable, de la actividad

desarrollada por el INSALUD en orden a la organización y tutela de los mecanismos de donación de sangre, de la que se derivó un daño a la salud del actor" (FD 4º).

d) Insuficiencia de la aprobación del hemoderivado  
por las Autoridades sanitarias

El hecho que el hemoderivado utilizado estuviera aprobado por las Autoridades sanitarias competentes, esto es, que éstas hubieran certificado que el producto reunía las condiciones de seguridad necesarias para poder ser empleado, no ha servido para exonerar de responsabilidad al centro hospitalario donde se usó.

Así, en la STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; VIH; Hm; 1984) el ICS sostenía que el hemoderivado utilizado, suministrado por Laboratorios Grifols, era una especialidad farmacéutica registrada por la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad y Consumo. La alegación no tuvo demasiado peso pues el motivo fue desestimado simplemente porque no se aportaron los documentos originales que acreditaran tal afirmación.

En el caso de la STS, Sala 3ª, 6.2.96 (1996, 989; VIH; Hm; 1984) el contagio se debió a otro hemofactor de Laboratorios Grifols que estaba registrado. El SAS alegó tal circunstancia y además adujo que no podía considerarse acreditada la relación de causalidad pues él no tenía ningún control sobre el producto y confiaba en la seguridad del mismo. Tales alegaciones fueron desestimadas: el Tribunal aplicó un régimen de responsabilidad objetiva y consideró que las circunstancias aducidas únicamente servían para que el SAS ejercitara las acciones oportunas contra el laboratorio y contra las Autoridades sanitarias.

En el de la STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 9.6.97 (AS 1997, 2788; VIH; Hm: Hemofil., Criobulin, Proplex, Feiba; Hyate-C; 1981-1983) los productos estaban registrados en la Dirección General de Farmacia y eran comercializados por Inmuno, con excepción de Hyate-C, que lo era por Porton Products. No obstante, tal circunstancia no fue alegada por el INSALUD, que fue condenado al pago de 40 millones.

Y en el de la SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.1998 (RAJ 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989) el fibrinógeno que causó el contagio era un producto importado que contaba con el *placet* de las Autoridades de Sanidad. Tal circunstancia no impidió que se declarara la responsabilidad del centro hospitalario que lo utilizó: la Audiencia recurrió al estado de los conocimientos científicos y al hecho de que el producto no fuera indispensable en el tratamiento del afectado para establecer la responsabilidad.

## 5. *Parámetros de responsabilidad*

En las sentencias objeto de comentario hemos podido advertir que los Tribunales emplean (o suelen hacerlo) dos parámetros diferentes de responsabilidad según de quien se trate el demandado y la legislación que le es aplicable. Así, la actuación de los médicos, en los casos en que son demandados, es examinada bajo parámetros de culpa, mientras que a la actividad desarrollada por la Administración sanitaria, por los hospitales y por los laboratorios es de aplicación el régimen de responsabilidad objetiva (40), aunque con fundamentos distintos.

### a) Responsabilidad por culpa

Que la actuación de los médicos sea examinada bajo parámetros de responsabilidad por culpa está en consonancia con la diligencia que les es exigible en el desarrollo de la asistencia sanitaria.

Así, en la STS, Sala 1ª, 11.10.95 (RAJ 1995, 7406; VHB; Hm: Factor VIII; D: 1985) no procedió declarar la responsabilidad de la doctora que recetó el Factor VIII, causante del contagio, porque no tenía la obligación de analizar el contenido del preparado farmacéutico. La obligación de la doctora consistía únicamente en controlar que el tratamiento era seguido por el paciente (41).

La diligencia exigible a los médicos, así mismo, se encuentra relacionada con las funciones que desarrollan en el centro donde se realiza la prestación asistencial:

En el caso de la STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208; VIH; Tr; 1984) el Juzgado de Primera Instancia había absuelto a los médicos y conde-

---

(40) En este sentido es ilustrativa la STSJ Aragón, Sala de lo Social, 15.4.97 (AS 1997, 1284; VHC; Tr; 1985; D: 1994), en la que el Tribunal Superior empleó criterios culpabilísticos al analizar la responsabilidad del INSALUD, motivo por el cual procedió su absolución. La sentencia fue revocada por la STS, Sala 4ª, 22. 12.97 (RAJ 1998, 737), en la que se estimó el recurso de la actora y se consideró que se debían aplicar criterios de responsabilidad objetiva (aunque no le sirvió de mucho. El Tribunal calificó el contagio como un caso de fuerza mayor. *Vid.* el apartado II.8. "Fuerza mayor" al respecto).

(41) Confróntese la solución de este caso con la de la STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 9.6.97 (AS 1997, 2788; VIH; Hm: Hemofil., Criobulin, Proplex, Feiba; 1981-1983), ambas resoluciones sobre responsabilidad por prescripción de hemoderivados que resultan estar contaminados. En ésta sí que se declaró la responsabilidad de la Administración por facilitar productos contaminados.

nado al ente público donde trabajaban. La Audiencia revocó la sentencia y condenó a todos los demandados. Contra esta sentencia interpusieron recurso de casación los médicos y el Tribunal lo estimó al no apreciar en su comportamiento negligencia alguna. Y ello debido a que “en el centro estaban distribuidas las funciones y así el servicio de hematología es el que suministró al enfermo la sangre que precisó durante su operación”. En la sentencia se pueden encontrar, además, interesantes consideraciones sobre la naturaleza de la obligación de los médicos.

### b) Responsabilidad objetiva

Ahora bien, dicho esto debemos tener presente que la mayoría de médicos actúan como funcionarios de la Administración. Y que en la mayoría de casos el demandado no es el médico sino la Administración sanitaria, como hemos podido comprobar al identificar a los demandados. Es entonces cuando los Tribunales, especialmente los del orden social, acuden a diferentes fundamentos normativos para aplicar el régimen de responsabilidad objetiva.

#### *El artículo 106.2 de la Constitución*

El principal fundamento normativo que establece la responsabilidad objetiva de la Administración, y no específicamente la sanitaria, es el art. 106.2 de la Constitución (42), recogido y desarrollado actualmente por el art. 139.1 L 30/1992. En ellos se prevé el derecho de los particulares a ser indemnizados por la Administración por las lesiones que sufran y sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Por su parte, la jurisprudencia en materia de contagio aplica abundantemente criterios de responsabilidad objetiva a los centros donde se ha realizado la prestación sanitaria y a los organismos de los que dependen. Llama la atención que en los casos en que se ha demandado a médicos y al hospital o a su ente gestor, el Tribunal aplica al primero un standard culpabilístico, por lo que procede la absolución, y a los segundos un régimen de responsabilidad objetiva.

---

(42) Art. 106.2 CE: “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”.

Procedimiento que se ve claramente en la STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 9.6.97 (AS 1997, 2788; VIH). En el caso, un paciente hemofílico se automedicaba con los diferentes factores de coagulación que le habían prescrito los médicos y que acabarían contagiándole el VIH. El INSALUD presentó recurso contra la sentencia del Juzgado de lo Social que le había condenado al pago de 40 millones. El recurso fue desestimado. En la sentencia vemos cómo el Tribunal razona que no procede la condena por responsabilidad extracontractual (art. 1902 CC) ya que no había habido actuación negligente, pues no era obligatoria la práctica de pruebas de detección del virus, sino que la condena se articula por el régimen de responsabilidad objetiva establecido en el art. 106.2 CE.

Y también en la SAP Baleares 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; VIH; Hm; Bebulin; 1984), que no declaró la responsabilidad de los médicos porque éstos actuaron con la diligencia exigible dado, además, que su obligación es de medios y no de resultado y la urgencia que requería su intervención. En cambio, sí que respondió el INSALUD.

De forma parecida se procedió en las siguientes sentencias: STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 23.6.92 (AS 1992, 3171; VIH; Tr; 1983; D: 1990); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; VIH; Hm; 1984); STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 5.11.93 (AS 1993, 4950; VIH; Tr; 1984; D: 1988); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 15.12.93 (AS 1993, 5304; VIH; Tr; 1984); STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; VHC; 1989; D: 1989); STSJ País Vasco, Sala de lo Social, 11.10.94 (Base de datos La Ley; VHC; Tr); SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; VHC; Tr; 1986; D: 1989); STS, Sala 4ª, 23.1.95 (RAJ 1995, 402; Hep; Tr, 1986; D: 1988); STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991); STS, Sala 1ª, 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; VIH; Hemodiálisis; 1986); STSJ Andalucía, Málaga, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 9.3.98 (RJCA 1998, 749; VHC; Tr; 1989; D: 1990); STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 18.5.98 (AS 1998, 2525; VHC; Tr; 1991; D: 1992).

### *El artículo 7 de la Ley General de Sanidad*

El citado texto constitucional y su concreción legislativa no son los únicos que establecen un standard de responsabilidad objetiva en materia de asistencia sanitaria. Algunas sentencias fundamentan la aplicación de dicho régimen en el quebrantamiento del principio de eficacia que establece el art. 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad* (43).

---

(43) Art. 7 LGS: "Los servicios sanitarios, así como los administrativos económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad".

Dicho principio de eficacia ha sido utilizado desde las primeras sentencias sobre contagio. Ya en la STS, Sala 4ª, 5.6.91, (RAJ 1991, 5131; VHC; Tr; 1986; D: 1989) podemos leer: "... dentro del derecho laboral y administrativo el principio de responsabilidad objetiva gana terreno día a día, y es consagrado constitucionalmente en los daños causados como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos en [el] apartado 2 del artículo 106 del a Constitución" (FD 2º). "[L]a asistencia sanitaria prestada por el INSALUD a los beneficiarios de la Seguridad Social está englobada en el servicio público de protección de la salud, servicio público que como tal, y máxime si está regido por el principio de eficacia, es responsable de la lesión que por su funcionamiento normal o anormal sufra todo particular, lesión que ha de ser indemnizada..." (FD 4º).

Otras sentencias en las que se cita el art. 7 LGS, a veces entre otros, para fundamentar un régimen de responsabilidad objetiva son: STSJ Baleares, Sala de lo Social, 13.5.93 (AS 1993, 2558; VIH; Tr; Hm; 1979-1985); STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 25.10.94 (AS 1994, 3754; VIH; Hm; <1985); SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; VHC).

### *El artículo 28 de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios*

Así mismo, el régimen de responsabilidad objetiva también ha sido considerado por el legislador como un instrumento apto para proteger al consumidor de productos o usuario de servicios. Y así, el art. 28 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, *General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios* (44) también ha sido utilizado por los Tribunales para resolver el litigio con la aplicación de un régimen de responsabilidad objetiva.

---

(44) Art. 28 LGDCU: "1. No obstante lo dispuesto en los artículos anteriores, se responderá de los daños originados en el correcto uso y consumo de bienes y servicios, cuando por su propia naturaleza o estar así reglamentariamente establecido, incluyan necesariamente la garantía de niveles determinados de pureza, eficacia o seguridad, en condiciones objetivas de determinación y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad, hasta llegar en debidas condiciones al consumidor o usuario. 2. En todo caso, se consideran sometidos a este régimen de responsabilidad los productos alimenticios, los de higiene y limpieza, cosméticos, especialidades y productos farmacéuticos, servicios sanitarios, de gas y electricidad, electrodomésticos y ascensores, medios de transporte, vehículos a motor y juguetes y productos dirigidos a los niños. 3. Sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones legales, las responsabilidades derivadas de este artículo tendrán como límite la cuantía de 500 millones de pesetas. Esta cantidad deberá ser revisada y actualizada periódicamente por el Gobierno, teniendo en cuenta la variación de los índices de precios al consumo".

Hay que destacar que dicho texto permite accionar tanto en atención a que el producto utilizado (45), ya sea sangre o hemoderivado, no reunía las condiciones de seguridad que le eran exigibles, como por la deficiencia del servicio prestado. Los Tribunales que han aplicado este artículo, no obstante, lo han hecho en atención a los daños derivados del servicio realizado por la Administración sanitaria, a quien también le es de aplicación la LGDCU (art. 1.2 LGDCU). Así:

SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; VHC; Tr; 1986; D; 1989): consideran los Magistrados que aunque “la obligación contractual o *extracontractual* del médico... es... una obligación de medios”, el INSALUD, como ente del que depende el Hospital, debe responder, pero no por tratarse de un caso de responsabilidad médica profesional, pues no concurre negligencia, sino por “el empleo o aplicación de un medio o producto o especialidad sanitaria - transfusión sanguínea - objetivamente peligroso distribuido en el ámbito de actuación general de una institución hospitalaria dependiente de la entidad gestora demandada” (con cita de la CE 1978, LRJAE, Ley General de Sanidad y LGDCU).

STS, Sala 1ª, 11.2.98 (RAJ 1998, 707; VIH; <1992): el INSALUD alegaba que su conducta no había sido negligente y que no se había demostrado que la transfusión de sangre hubiera causado el daño. El Tribunal rechaza tales argumentos en atención al criterio de responsabilidad objetiva que se establece en el art. 28 LGDCU (“... tal servicio sanitario sigue el régimen legal establecido en el art. 28 de la Ley 26/1984”, FD 1º del recurso de casación del INSALUD) y al hecho que la paciente no perteneciera a grupo alguno de riesgo. Por su parte, el hospital donde se practicó la transfusión había incumplido con la normativa legal sobre transfusiones, pues no constaba la identidad de cuatro donantes ni la realización de las pruebas de detección.

Otras sentencias en las que ha sido aplicada la LGDCU: STS, Sala 1ª, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; VIH; Tr; 1984); STSJ Navarra, Sala de lo Social, 9.6.99 (El Derecho 99/16396; VHC; Hm; 1991).

No obstante, la aplicación de la LGDCU no es unánime. En este sentido, leemos en la SAP Barcelona, Sala de lo Civil 24.4.98 (AC 1998, 829; VIH; Tr): “ni tan siquiera la LGDCU ha previsto una responsabilidad objetiva de los servicios sanitarios, por más que el enfermo pueda ser considerado consumidor o usuario del mismo, y el artículo 25 de dicho Texto legal prevea que el consumidor y usuario tiene derecho a ser indemnizado por los daños y perjuicios demostrados que el con-

---

(45) El art. 28.2 LGDCU hace referencia a “especialidades y productos farmacéuticos”. Véase *infra* sobre la justificación de la sangre y los hemoderivados como medicamentos.

sumo de bienes o la utilización de productos le irroguen" (46). Del texto de la sentencia parece deducirse la aplicación del régimen de responsabilidad objetiva únicamente a los productos (en el caso, la sangre), mas no a los servicios. Y dado que la sangre había pasado los controles sanitarios exigibles, se considera que no existe responsabilidad. La sentencia no nos parece técnicamente acertada.

*La Ley 22/1994, de 6 de julio, Responsabilidad civil por los daños causados por productos defectuosos*

No existen casos en la jurisprudencia española de contagio del VIH o del VHC en los que se haya aplicado el régimen previsto por la Ley 22/1994, de 6 de julio, *de Responsabilidad civil por los daños causados por productos defectuosos* (47). Creemos que los productos hemoderivados y la sangre están incluidos en su ámbito objetivo de aplicación:

Y ello basándonos en los siguientes argumentos:

El art. 40 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, *del Medicamento* (48), califica a los derivados de la sangre y del plasma, cuando sean utilizados con finalidad terapéutica, como medicamentos. Este artículo se haya comprendido en un Capítulo que lleva por título "Medicamentos especiales".

El art. 8 L 25/1990 define "Sustancia medicinal" como "toda materia, cualquiera que sea su origen –humano, animal, vegetal, químico o de otro tipo– a la que se atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento". Y "Medicamento" como "toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas o en los animales que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar a funciones corporales o al estado mental. También se consideran medicamentos las sustancias medicinales o sus combinaciones que pueden ser administrados a personas o animales con cualquiera de estos fines, aunque se ofrezcan sin explícita referencia a ellos". Por la conjunción de ambas definiciones, creemos que la sangre debe ser considerada como un medicamento.

---

(46) Adviértase que la cita del artículo no es completa. Según el art. 25: "El consumidor y el usuario tienen derecho a ser indemnizados por los daños y perjuicios demostrados que el consumo de bienes o la utilización de productos o servicios les irroguen salvo que aquellos daños y perjuicios estén causados por su culpa exclusiva o por la de las personas de las que deba responder civilmente".

(47) BOE núm. 161, de 7 de julio.

(48) BOE núm. 306, de 22 de diciembre.

Finalmente, el art. 6.3 L 22/1994 hace expresa referencia a la inclusión de los medicamentos dentro del concepto de producto establecido en el art. 2.

Un tema diferente es que la Administración esté incluida dentro del concepto de fabricante, importador o suministrador. Pero entonces recordemos que le será de aplicación el régimen de responsabilidad objetiva por medio de los textos que hemos visto en este apartado.

Ahora bien, sí que encontramos alguna sentencia en la que se hace referencia a su aplicación si en el momento de ocurrir los hechos hubiera estado vigente.

Concretamente, se trata de las siguientes sentencias: STS, Sala 1<sup>a</sup>, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; VIH; Tr; 1984); STS, Sala 1<sup>a</sup>, 9.3.99 (RAJ 1999, 1368; VHC; Tr; 1989).

### *Obligación de medios y responsabilidad objetiva*

La actividad de los médicos ha sido tradicionalmente considerada como una obligación de medios. Así lo ha considerado la Sala Primera del Tribunal Supremo y por este motivo hemos visto cómo los médicos no responden si actuaron con la diligencia que les era exigible. Se está, pues, aplicando un sistema de responsabilidad por culpa. En cambio, también hemos visto que la actividad de los hospitales es examinada con parámetros de responsabilidad objetiva. ¿Tiene sentido entonces alegar que la obligación de los médicos es de medios y no de resultado? En la práctica jurisprudencial, no.

Y en la teoría, ambos términos tampoco no casan bien. Pensemos que cuando hablamos de obligación de medios y obligación de resultado lo estamos haciendo en el marco, habitualmente, de una relación contractual. En ella, por definición, las partes prevén los resultados que quieren conseguir y, según su concreción, establecen las reglas por las que se regirán, determinan los derechos y obligaciones de cada una y, en función de todo, establecen un precio. En la especificación de las obligaciones del médico se tendrá en cuenta la naturaleza de la prestación a realizar y, consecuentemente, se determinará si su obligación es de medios o de resultado. El incumplimiento de las obligaciones asumidas hará que sean aplicables las reglas de responsabilidad contractual. En cambio, en la responsabilidad extracontractual las partes, por definición, se encuentran en una situación en la que no han previsto ni el nivel de diligencia que emplearían en la realización de

una actividad ni las consecuencias económicas que se derivarían en caso de causar daños.

La alegación de que la prestación de asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultado no ha bastado para evitar que se declarara la responsabilidad del centro donde se prestó la asistencia sanitaria, precisamente por la aplicación del principio de responsabilidad objetiva.

STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; MP: VHC; 1989; D: 1989); SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; VHC).

#### 6. *Consentimiento informado y responsabilidad*

Aunque no sea un tema exclusivo de los supuestos de responsabilidad por contagio debido a transfusiones o hemoderivados, la falta de conocimiento sobre el riesgo al que el paciente se somete a ser contagiado de alguna enfermedad puede ser, y en algunos casos así ha sido, fuente de responsabilidad.

El texto normativo que establece el derecho del paciente a ser informado sobre las circunstancias de la asistencia sanitaria que se le realizará, así como de las consecuencias que se pueden derivar es el art. 10.5 y .6 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, *General de Sanidad* (49), según el cual: "Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: (...) 5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. 6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención...".

Que el contagio se produjera con anterioridad a la aprobación de la Ley General de Sanidad no ha impedido a los Tribunales declarar la responsabilidad. El fundamento normativo se encuentra en que se realizó la transfusión o se suministró el hemoderivado con conocimiento de los riesgos que acarrea. Una manifestación, pues, más de cómo el

---

(49) BOE núm. 102, de 29 de abril.

nivel de los conocimientos científicos modula la diligencia exigible de los profesionales de la sanidad. Aquí la negligencia consiste en no formar un conocimiento pleno del paciente sobre los riesgos que acompañaban a la sangre o hemoderivado que se iban a utilizar.

En este sentido, merece ser reproducida la consideración de la SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm: 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995): “[A]unque por entonces no hubiera un precepto legal específico sobre el deber médico de información o el mismo estuviera recogido sólo en normas reglamentarias de jerarquía inferior y ámbito de aplicación controvertible, la llamada ‘lex artis ad hoc’ imponía como una diligencia inexcusable que la decisión de administrar este preparado fuera adoptada expresamente por la misma paciente con información previa de sus posibles riesgos y ventajas, tratamiento alternativo, etc.” (FD 8º).

También se tuvo en cuenta la ausencia de consentimiento informado por parte del paciente sobre los riesgos que comportaba la realización de una transfusión o el suministro de un hemoderivado a fin de establecer la responsabilidad en las siguientes sentencias: STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.12.93 (AS 1993, 5374; VIH; Tr; 1984): transfusión de sangre realizada a menor de edad. No se dio a sus padres la posibilidad de aprobar o denegar la realización de la transfusión; STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989): no se advirtió de los riesgos inherentes al producto suministrado; STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208; VIH; Tr; 1984): el Tribunal considera negligente la actuación del hospital porque el enfermo no fue informado de la posibilidad de contagio ni de las consecuencias del mismo; SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.98 (AC 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989): en este caso tampoco se informó a los padres del afectado de los riesgos del uso del fármaco.

El deber de información queda, en cierta medida, rebajado cuando concurren circunstancias especiales, como las que se dieron en la SAP Barcelona, Sala de lo Civil, 24.4.98 (AC 1998, 829; VIH; Tr). En el caso, el afectado fue transfundido al realizársele una reoprótesis de cadera. Su mujer e hijos interpusieron demanda tras su muerte en la que, entre otros aspectos, acusaban al hospital de negligencia porque no se les había advertido de la posibilidad de realizar una autotransfusión (esto es, al paciente se le realizan extracciones de sangre previas a la intervención quirúrgica para, si es necesario, utilizarlas). La Audiencia considera que no hubo tal negligencia: con independencia de que dicha falta se debería haber imputado al especialista médico que supervisó la intervención quirúrgica y no al hospital –dice la sentencia– “no cabe ignorar las particulares circunstancias familiares que incidían en el fallecido, cuyos hijos, de profesión médico y estomatóloga respectiva-

mente, tenían conocimientos suficientes para indicar a su padre la existencia de dicha posibilidad y asesorarle acerca de la conveniencia o no de someterse a ella" (FD 3º).

Si, como decimos, no advertir de los riesgos inherentes al tratamiento puede ser fuente de responsabilidad, la jurisprudencia nos muestra un caso en el que el régimen de responsabilidad objetiva barre con todas las distinciones sobre diligencia exigible. Se trata de la STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 9.6.97 (AS 1997, 2788; VIH; Hm: Hemofil., Criobulin, Proplex, Feiba; 1981-1983). En el caso, el paciente, hemofílico, era tratado con una amplia variedad de productos. Consta en los Antecedentes de Hecho que había sido advertido verbalmente, en todo momento, del tratamiento adecuado a su enfermedad y de los riesgos que comportaba. Por aplicación del régimen de responsabilidad objetiva el INSALUD fue condenado al pago de 40 millones de pesetas.

El cumplimiento de la obligación de informar al paciente de su diagnóstico, del tratamiento a que será sometido y de los riesgos inherentes a él dificultaría intervenciones sanitarias urgentes. Es por ello que el art. 10.6.c) LGS establece como excepción al consentimiento previo del usuario que: "(L)a urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento".

Podemos decir, pues, que la necesidad de realizar un tratamiento urgente, dada la existencia de un peligro inmediato y cierto para la salud y vida del enfermo, constituye una excepción a la obligatoriedad de informar al paciente sobre los riesgos de la intervención.

Así, en la STSJ Navarra, Sala 4ª, 9.6.99 (El Derecho 99/16396; VHC; Hm; 1991) la actora alegaba en su recurso contra la Sentencia del Juzgado de lo Social, que había desestimado su pretensión, que no había sido informada de los riesgos que se podían derivar del uso de hemofactores. El Tribunal desestima este motivo porque en el caso la intervención se realizó "en el marco de una atención de urgencia ante el desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal; luego podemos deducir que la situación que afectó a la actora se incardina entre los supuestos de excepción ... que justifican la ausencia de la información requerida" (FD 4º). En el caso, no obstante, procedió la condena de la Administración sanitaria ya que el TSJ aplicó el régimen de responsabilidad objetiva.

También en la SAP Baleares 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; VIH; Hm: Bebulin; 1984), aunque ello sirvió sólo para exculpar al médico que suministró el hemoderivado. El INSALUD fue declarado responsable por usar un producto no registrado.

### 7. *Intervenciones necesarias y deber de soportar el daño*

En alguna ocasión el argumento de defensa del demandado ha consistido en sostener que el daño producido no es antijurídico. Y ello porque la urgencia que requería la intervención justificaba que se realizara todo aquello que fuera posible para salvar la vida del paciente. Además, los médicos, en tales circunstancias, se encuentran obligados a prestar la asistencia sanitaria. En definitiva, se vendría a alegar una especie de “estado de necesidad” por el cual no se debe responder de los daños causados.

Concretamente, el apoyo normativo a tal argumento se encuentra en el art. 141.1 L 30/1992, según el cual: “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”.

Sobre este tema se ha pronunciado la STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; 1975; D: 1993): “[H]ay ocasiones en que el operador jurídico ha de enfrentarse con supuestos en que la causación de un daño viene determinada por la necesidad de evitar un mal mayor. En tales casos no sería razonable hablar de existencia de responsabilidad extracontractual por más que en el ordenamiento jurídico administrativo aparezca configurada como objetiva. Lo cual no quiere decir que estemos ante una ampliación del concepto de caso fortuito, sino que la razón hay que buscarla en la no ilicitud del resultado, es decir en la ausencia de antijuridicidad de la lesión, lo que nos permite abandonar el debate sobre la conducta de la Administración y trasladarlo al resultado, estableciendo que en tales casos, y sin perjuicio de aquellas excepciones que pudieran venir motivadas por las peculiaridades del caso concreto, el paciente vendría obligado a soportar el daño precisamente porque habrá que entender que concurre una causa de justificación” (FD 5º). En el caso, no obstante, no se consideró que el paciente se encontrara en esa situación.

La Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, concretamente la Sección 3ª, ha aplicado el art. 141.1 L 30/1992 en algunos casos de contagio del VHC en el que la transfusión fue necesaria para salvar la vida del paciente de tal forma que ha denegado la pretensión indemnizatoria del actor.

Se trata de las siguientes sentencias:

STSJ País Vasco, Sala Contencioso-Administrativa, 21.1.99 (RJCA 1999, 341; MP: Begoña Orue Bascones): en el transcurso de una intervención ginecológica en 1989 se le contagió el VHC a la actora. Quedó

acreditado en el juicio que la transfusión era imprescindible. Según el Tribunal: "Si era imprevisible la detección del citado virus en las bolsas de sangre y al equipo médico, por obligación ética, deontológica e incluso constitucional (art. 15 de la Constitución) se le obligaba a evitar el riesgo vital de la [paciente], y si era exigible, por tanto, la práctica de la transfusión, so pena de poner en riesgo la propia vida de la enferma, existía por tanto un mandato normativo expreso, el de salvar la vida de la [paciente], que obligaba a la citada intervención terapéutica, que obligaba a supeditar la propia existencia a cualquier otro bien, bien que no debe olvidarse carece de sentido sin la propia vida, lo que convierte la posible consecuencia gravosa de la intervención en un daño que la suprema norma constitucional convierte en jurídicamente 'justo' y, por tanto, de conformidad al art. 141.1 de la Ley 30/1992, no resarcible" (FD 7º).

STSJ País Vasco, Sala Contencioso-Administrativa, 11.2.99 (RJCA 1999, 389; MP: José Antonio Alberdi Larigoitia): en 1987 el actor fue ingresado en un hospital a consecuencia de una intoxicación aguda de plomo. Fue necesaria la realización de una transfusión sanguínea dado el estado del paciente, transfusión que le contagio el VHC. El Tribunal se pronunció en el siguiente sentido: "[L]os daños producidos al recurrente son intrínsecos al tratamiento como tal y... se producen de modo necesario y justificado por su finalidad terapéutica, en la medida en que la transfusión sanguínea que desencadenó el contagio de la hepatitis C era de todo punto necesaria ... [S]i se han cumplido los [estándares de seguridad o calidad] que el estado de la ciencia recomienda, el daño que pudiera originar la actuación, cuya verdadera naturaleza sólo se comprende a la luz de nuevos avances e investigaciones, debe soportarlo el particular que lo sufre" (FD 5º).

La decisión no deja de ser polémica. Intenta compaginar dos ideas: el riesgo ante enfermedades todavía no descubiertas, detectables o controladas, dado el nivel de conocimientos y de la técnica, y la necesidad de actuar urgentemente en los casos de asistencia sanitaria a fin de salvar la vida del paciente, aunque sea a costa de causarle daños. Adviértase, si nos fijamos ahora en el caso del VHC, que éste fue identificado en 1989. Y que con anterioridad a su identificación, la ciencia médica ya conocía la existencia de un virus causante de una hepatitis no A, no B, así como que se utilizaban algunas pruebas indirectas para saber de la posible existencia de irregularidades hepáticas de los donantes, como por ejemplo el control del nivel de transaminasas.

Otras sentencias, como hemos visto, no han considerado el contagio de la enfermedad en casos de tratamientos urgentes y necesarios como un daño que el perjudicado tiene la obligación de soportar. Así,

p.e., la SAP Asturias, Sala Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; VHC; Tr. 1987) y la STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 3110; VHC; Tr. 1989; D: 1993). Los hechos que se produjeron en esta última sentencia merecen un momento de atención: la paciente, al enterarse de que necesitaba la transfusión, solicitó que se hiciera con sangre de su marido, cosa que fue imposible porque no había tiempo suficiente para realizar los análisis de la sangre de aquél. En el proceso quedó acreditado que el marido no padecía ninguna enfermedad. Paradójicamente, pues, se le transfundió una sangre controlada y contaminada y no se le pudo transfundir una no controlada pero no contaminada.

Además, en muchas sentencias se ha considerado que no procedía exonerar de responsabilidad en los casos de contagio por transfusiones necesarias siguiendo la doctrina establecida por la STS, Sala 4ª, 5.6.91 (RAJ 1991, 5131) de que sólo es necesaria la transfusión, mas no el contagio. Así, STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 25.11.97 (AS 1997, 3985; VHC; Tr. 1979; D: 1992).

En la sentencia SAP Baleares 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; VIH; Hm: Bebulin; 1984) podemos encontrar una variante algo peculiar sobre las intervenciones necesarias. En el caso, la urgencia que requería el uso del hemoderivado sirvió para exculpar al médico que lo aplicó. No, en cambio, para evitar que el INSALUD respondiera, aunque por otra razón: el hemoderivado usado no estaba registrado.

Con este tema se relacionan los llamados “riesgos de desarrollo”. La L 4/1999 ha introducido un segundo punto al art. 141.1 L 30/1992, según el cual: “No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Parece que el legislador quiera proteger a la Administración Pública específicamente ante las reclamaciones por contagios de virus que no puede o no pudo controlar, como es el caso del VIH y del VHC. Recordemos que la Administración responde de forma objetiva, tanto por el funcionamiento normal como anormal de los servicios públicos. Por tanto, sus únicas causas de exoneración son probar que no existe nexo causal y que el caso debe ser calificado como fuerza mayor. Los Tribunales, mayoritariamente, han desarticulado ambos intentos: se aprecia generosamente la existencia de relación causal mediante el uso de las pruebas presuntivas, como hemos visto, y se desestima la alegación de fuerza mayor, como veremos.

En la citada STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; Tr; 1975; D: 1993) se consideró que la excepción de riesgos de desarrollo que recoge este nuevo redactado ya estaba latente en el ordenamiento y que el legislador la ha hecho manifiesta. Así mismo, el Magistrado Jesús Ernesto Peces Morate redactó un voto particular, al que se adhirió el Magistrado José Manuel Sieira Míguez, en el que se sostenía que el daño sufrido por el actor no era antijurídico y, por ello, no era posible establecer la responsabilidad patrimonial de la Administración: "las Administraciones Públicas no están obligadas a indemnizar aquellos daños que el perjudicado viene obligado a soportar... y nos parece evidente que los daños derivados de una legítima actuación administrativa, que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, son un riesgo que el perjudicado debe soportar, pues lo contrario sería convertir a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales, lo que no resulta acorde con el significado de la responsabilidad extracontractual aunque sea objetiva o por resultado..." (FD 3º).

Nosotros, por nuestra parte, no creemos que este artículo sea aplicable a los casos de contagio del VIH y del VHC que se produjeron con anterioridad a la realización de las pruebas obligatorias. Recordemos que los conocimientos científicos sobre ambos virus fueron anteriores a la aparición de los controles de detección.

### 8. *Caso fortuito, fuerza mayor*

Un argumento reiterado en los escritos de defensa de los demandados es la alegación de caso fortuito o fuerza mayor a fin de exonerarse de responsabilidad. La justificación de tal alegación radica en la imposibilidad de detectar el virus causante de la infección en el momento de realización de la transfusión o del suministro del hemoderivado.

#### a) Rechazo generalizado de la alegación de fuerza mayor

En la jurisprudencia vemos que la imposibilidad de detectar el virus en el momento en el que se realizó la transfusión o se suministró el hemoderivado no constituye un hecho por el cual el responsable pueda exonerar su responsabilidad. Los Tribunales suelen considerar que el contagio constituye un caso fortuito, pero no fuerza mayor. Y sabido es que el caso fortuito, en el régimen de responsabilidad objetiva, no excluye la responsabilidad.

La STS, Sala 4ª, 5.6.91, (RAJ 1991, 5131; VHC; Tr; 1986; D: 1989), una de las primeras que se pronunció sobre la cuestión, estableció claramente esta distinción. La sentencia ha sido seguida –y algunas veces transcrita– prácticamente por todas aquellas otras que sobre responsabilidad por contagio del VHC o del VIH se han dictado.

Así, el Tribunal Supremo: STS, Sala 4ª, 10.6.96 (RAJ 1996, 5007; VHC, VIH; Tr).

Y los Tribunales Superiores de Justicia: STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; VIH; Hm; 1984); STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 5.11.93 (AS 1993, 4950; VIH; Tr; 1984; D: 1988); STSJ País Vasco, Sala de lo Social, 11.10.94 (Base de datos La Ley; VHC; Tr); STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991); STSJ Castilla-La Mancha, Albacete, Sala Social, 15.3.96 (AS 1996, 620); STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.7.96 (La Ley 1996, 9108-R; texto completo en la base de datos; VHC; Tr; 1989; D: 1990); STSJ Asturias, Sala de lo Social, 26.3.99 (AS 1999, 915; VHC; Tr; 1988).

#### b) La excepción

La STS, Sala 4ª, 22.12.97 (RAJ 1998, 737; VHC; Tr; 1985; D: 1994) constituye la excepción a lo que acabamos de decir. En ella se decide que el INSALUD no debe responder del contagio del VHC porque se trata de un caso de fuerza mayor.

Según consta en la sentencia, la intervención quirúrgica en el transcurso de la cual se le realizó la transfusión de dos unidades de sangre a la afectada tuvo lugar en 1985. La hepatitis fue diagnosticada en 1994. La sentencia del Juzgado de lo Social (22.12.95) desestimó la pretensión de la actora contra el INSALUD en la que solicitaba el pago de 35 millones de pesetas. Esta sentencia fue confirmada por la STSJ Aragón, Sala Social, 15.4.97 (AS 1997, 1284). Contra esta sentencia la actora interpuso recurso para la unificación de doctrina, aportando como sentencia contradictoria la STSJ Castilla-La Mancha, Albacete, Sala Social, 15.3.96 (AS 1996, 620). El Tribunal consideró que, efectivamente, existía contradicción entre la sentencia aportada y la recurrida: en la primera se aplicaba un régimen de responsabilidad objetiva, mientras que en la segunda uno culpabilístico.

Ahora bien, después de realizar algunas consideraciones sobre la responsabilidad objetiva, no estima el recurso de la actora recurrente, pues considera que en el caso concurre fuerza mayor: “Estamos ante un suceso extraordinario que no puede comprenderse dentro del proceso ordinario del tratamiento...” (FD 3º); y más adelante, “la prevención era

imposible y externa a la actuación del demandado recurrido, pues no se conocía el medio de detectar la posible infección cuya investigación correspondía a otras instituciones, e incluso conociendo la existencia del virus, pero no la forma de protegerse de sus efectos al desconocerse la manera de detectarlo, indudablemente no se le podía exigir que suspendiera todas las transfusiones que en aquel momento practicaba dentro de todo el Estado" (FD 3º).

Esta sentencia ha sido citada por todos aquellos demandados que han alegado que el contagio debía ser calificado como fuerza mayor. Ya hemos visto cómo tal alegación no ha tenido éxito. Dada la reiteración de la alegación, la STSJ Asturias, Sala de lo Social, 26.3.99 (AS 1999, 915; VHC; Tr; 1988) explica porqué en la referida STS, Sala 4ª, 22.12.97 (RAJ 1998, 737) se calificó el contagio como fuerza mayor. Y parece hacerlo para advertir de las diferentes circunstancias que concurren en otros casos de hepatitis y por las que no se puede apreciar tal fuerza mayor. En efecto, leemos: "el Tribunal Supremo atribuye con gran sensibilidad la condición de fuerza mayor a la presencia del VHC ocurrida en 1985, cuando su existencia ni siquiera se sospechaba. Bien distinto es el caso de autos, en el que la transfusión se produce en una fecha muy cercana a la identificación del virus correspondiente y, desde luego, muy posterior a la del conocimiento de una hepatitis no filiada, distinta de las dos conocidas hasta entonces, cuya verificación en el banco de sangre era posible, mediante la medida o tasa de ciertos fermentos hepáticos" (FD 2º).

No obstante la justificación dada por la STSJ, podemos comprobar en la jurisprudencia que la calificación de fuerza mayor realizada por la STS, Sala 4ª, 22.12.97 constituye una excepción: en el caso resuelto por la STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240) el contagio del VHC se produjo en 1983; en el de la STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208), en 1984; en los de la STS, Sala 4ª, 10.6.96 (RAJ 1996, 5007) y STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 10.11.95 (AS 1995, 4404), en 1985; y en los de las STS, Sala 4ª, 5.6.91 (RAJ 1991, 5131), STS, Sala 2ª, 18.11.91 (RAJ 1991, 9448); STS, Sala 4ª, 23.1.95 (RAJ 1995, 402); SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3842) en 1986. Por tanto, en momentos anteriores al de la identificación del VHC y, algunos, a la fecha de contagio de los hechos de la STS, Sala 4ª, 22.7.97 (RAJ 1998, 737). Y ello no provocó que el Tribunal calificara el contagio como fuerza mayor. Dicha sentencia, por tanto, no constituye jurisprudencia.

### 9. Valoración económica del daño

Siempre es difícil valorar los daños que afectan a la salud. Pero en el caso de contagios, y muy especialmente del contagio del VIH, esta dificultad aumenta. Como avanzábamos, la persona afectada queda

marcada de por vida en todos sus ámbitos, tanto los personales como los familiares y sociales. Además, se suelen derivar daños materiales y frustrar expectativas, las cuales no han de limitarse a las profesionales. Veamos cómo han abordado el tema de la cuantía indemnizatoria los Tribunales.

#### a) Totales solicitados y obtenidos

En el período especificado, el importe total reclamado en concepto de indemnización ascendió a más de 3000 millones de pesetas (unos 1860 millones en los casos de VIH y unos 1180 en los de VHC). Pero la cifra debe ser muy superior pues, por un lado, dicha cantidad sólo refleja los 55 casos de los 90 en los que en la sentencia consta la cantidad reclamada, y, por otro, porque algunas de las reclamaciones no llegan a la vía judicial, sino que acaban con la resolución dictada por el órgano administrativo.

Aunque las cantidades solicitadas por los demandantes son muy dispares, parece existir una tendencia según la cual en los casos de contagio del VIH la indemnización solicitada es mayor que en los casos de contagio del VHC (50). Dicha práctica responde a la diferente entidad de los daños que causan los virus.

¿Cómo han acogido los Tribunales estas pretensiones indemnizatorias? Sólo conocemos la cantidad obtenida en 56 casos y la suma de dichas cantidades asciende a casi 1200 millones de pesetas (unos 720 millones de pesetas en los casos del VIH y unos 475 en los del VHC). El promedio es el de algo más de 20 millones, aunque existen algunos en que la indemnización los superó ampliamente y otros en que no se alcanzó.

Así, otra vez, la STS, Sala 1ª, 5.10.99 (texto original; VHC; Hm) ha establecido la cantidad de 50 millones de pesetas. Esta indemnización es considerada por los Magistrados acorde con las indemnizaciones concedidas en supuestos similares o más graves. Nosotros creemos que esta indemnización es muy generosa. Y ello después de compararla con las establecidas en el Real Decreto-Ley 9/1993, de 28 de mayo de 1993, *de concesión de ayudas a los afectados por el VIH como consecuencia de actua-*

---

(50) No obstante, en la STS, Sala 1ª, 5.10.99 (texto original; VHC; Hm), que es la última sentencia de que disponemos en casos de contagio del VHC, el actor solicitó en concepto de indemnización 435 millones de pesetas. Dicha cantidad es la más alta de las solicitadas, no únicamente en casos de contagio del VHC, sino también en casos del VIH.

*ciones realizadas en el sistema sanitario* (concretamente, el art. 2 establece el importe de 10 millones de pesetas y ayudas mensuales de importe y duración variables según las circunstancias del solicitante) y con las concedidas en 1999 en tema de contagio del **VIH** (55 millones de pesetas: STS, Sala 4ª, 5.5.99 [RAJ 1999, 4703; VIH, Tr, 1986]; STSJ Madrid, Sala Contencioso-Administrativa, 17.3.99 [Aranzadi *on line* 391/6; VIH; Acc; 1990; D: 1991]; ó 45 millones: SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 [AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm; 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995. En la condena se prevén otros 24 millones si desarrolla la enfermedad]); y de **hepatitis** (5 millones: STS, Sala 3ª, 31.5.99 [La Ley 1999, 11668; VHC; Tr; 1975; D: 1993]; STSJ Navarra, Sala de lo Social, 9.6.99.[El Derecho 99/16396; VHC; Hm; 1991]; ó 6 millones: STS, Sala 1ª, 9.3.99 [RAJ 1999, 1368; VHC; Tr; 1989]).

Creemos útil exponer a continuación las cuantías solicitadas y obtenidas de aquellos casos en que se declaró la responsabilidad civil y ha sido posible recoger tal información (51):

1. Casos de contagio del VIH

- 1) STS, Sala 2ª, 18.11.91 (RAJ 1991, 9448; Tr; 1986-1987): **25 millones de pesetas.**
- 2) STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 23.6.92 (AS 1992, 3171; Tr; 1983; D: 1990): **20 millones.**
- 3) STSJ Madrid, Sala de lo Social, 8.10.92 (AS 1992, 4895; Tr; 1984): 25 millones; **25 millones.**
- 4) STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; Hm; 1984): **25 millones.**
- 5) STSJ Galicia, Sala de lo Social, 25.3.93 (AS 1993, 1362; Hm: Factor VIII; 1980): 55 millones; **30 millones.**
- 6) STSJ Baleares, Sala de lo Social, 13.5.93 (AS 1993, 2558; Tr; Hm; 19979-1985): **10 millones.**
- 7) STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 5.11.93 (AS 1993, 4950; Tr; 1984; D: 1988): 40 millones; **40 millones.**
- 8) STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.12.93 (AS 1993, 5374; Tr; 1984): 100 millones; **15 millones.**
- 9) STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 15.12.93 (AS 1993, 5304; Tr; 1984): 50,4 millones; **15 millones.**
- 10) STSJ Madrid, Sala de lo Social, 24.2.94 (AS 1994, 874; Hm: Factor VIII; 1979-1983; D: 1985): 50 millones; **25 millones.**
- 11) STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 25.10.94 (AS 1994, 3754; Hm; <1985): 25 millones; **3 millones.**
- 12) STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 7.12.94 (AS 1994, 4930; VIH; Tr; 1983; D: 1989): **12 millones.**

---

(51) Las cuantías obtenidas se indican en negrita.

- 13) STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 16.1.95 (AS 1995, 266; Tr; 1984; D 1990): 35 millones; **20 millones.**
- 14) SAP Baleares, Sala de lo Civil, 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; Hm: Bebulin; 1984): **35 millones.**
- 15) STS, Sala 3ª, 6.2.96 (RAJ 1996, 989; Hm; 1984): **20 millones.**
- 16) STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 9.6.97 (AS 1997, 2788; Hm: Hemofil., Criobulin, Proplex, Feiba; 1981-1983): 60 millones; **40 millones.**
- 17) STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 23.7.97 (RJCA 1997, 2833; Tr; 1981; D: 1987): 25 millones; **5 millones.**
- 18) STS, Sala 1ª, 11.2.98 (RAJ 1998, 707; VIH; Tr; <1992): 100 millones; **12 millones.**
- 19) STS, Sala 1ª, 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; Diálisis; 1986). 70 millones; **20 millones** y diversas pensiones.
- 20) SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.98 (AC 1998, 370; Hm; 1985; D: 1989): **15 millones.**
- 21) STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 27.11.98 (RGD 656, mayo 1999, págs. 6112-6119; Tr; 1985; D: 1992): 100 millones; **25 millones.**
- 22) STS, Sala 1ª, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; Tr; 1984): 60 millones; **15 millones.**
- 23) STS, Sala 4ª, 5.5.99 (RAJ 1999, 4703; Tr, 1986): **55 millones.**

## 2. Casos de contagio del VHC

- 1) SAP Asturias, Sala Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; Tr. 1987): **10 millones.**
- 2) STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; Tr; 1989; D: 1989): **15 millones.**
- 3) STSJ País Vasco, Sala de lo Social, 11.10.94 (Base de datos La Ley; Tr): **15 millones.**
- 4) STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; Tr; 1989; D: 1991): **12,75 millones.**
- 5) STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 10.11.95 (AS 1995, 4404; Tr; 1985; D: 1990): **20 millones.**
- 6) STSJ Castilla-León, Burgos, Sala de lo Social, 21.11.95 (La Ley 1995, 3195; Tr; 1992; D: 1992): 30 millones; **18 millones.**
- 7) STSJ Castilla-La Mancha, Albacete, Sala de lo Social, 15.3.96 (AS 1996, 620; Tr; 1989; D: 1991): **12 millones.**
- 8) STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.7.96 (La Ley 1996, 9108-R; texto completo en la base de datos; Tr; 1989; D: 1990): 20 millones; **10 millones.**
- 9) STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 5.7.97 (AS 1997, 3074; Tr; 1971; D: 1992): 15 millones; **2,5 millones.**

10) STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 3110; Tr; 1989; D: 1993): 10 millones; **10 millones.**

11) STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 25.11.97 (AS 1997, 3985; Tr; 1979; D: 1992): 15 millones; **15 millones.**

12) STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 17.12.97 (AS 1997, 4572; Tr; 1992; D: 1993): 46 millones; **20 millones.**

13) Auto AP Madrid, Sala de lo Civil, 20.2.98 (AC 1998, 493), dictado en ejecución SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; Tr; 1986; D: 1989): **30 millones.**

14) STSJ Andalucía, Málaga, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 9.3.98 (RJCA 1998, 749; Tr; 1989; D: 1990): **10 millones.**

15) STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 14.4.98 (RJCA 1998, 2535; Tr; 1992; D: 1992): **27 millones.**

16) STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 18.5.98 (AS 1998, 2525; Tr; 1991; D: 1992): 20 millones; **6 millones.**

17) STSJ Aragón, Sala de lo Social, 20.5.98 (AS 1998, 2131; Hm: Gammagard; 1993; D: 1994): 25 millones; **20 millones.**

18) STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.6.98 (AS 1998, 2318; Tr; 1984; D: 1995): **20 millones.**

19) STS, Sala 3ª, 28.10.98 (RAJ 1998, 8928; Diálisis): **7,5 millones.**

20) STS, Sala 1ª, 9.3.99 (RAJ 1999, 1368; Tr; 1989): 35 millones; **6 millones.**

21) STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; Tr; 1975; D: 1993): 25 millones; **5 millones.**

22) STSJ Navarra, Sala de lo Social, 9.6.99 (El Derecho 99/16396; Hm; 1991): **5 millones.**

23) STS, Sala 1ª, 5.10.99 (texto original; Hm): 435 millones; **50 millones.**

### 3. Casos de contagio del VIH y del VHC

1) STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 6.2.97 (AS 1997, 495; Hm; 1984; D VHC: 1993; D VIH: 1994): 25 millones; **25 millones.**

2) STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989): **40 millones.**

3) SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; Hm; 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995): 95 millones; **45 millones más 24** para los hijos si la madre muere por alguna de las enfermedades contagiada.

Como podemos comprobar, las cuantías obtenidas son también muy diferentes. Y ello aún sabiendo que la indemnización comprende todos los daños que el contagio ha causado: personales, materiales y morales. Es por ello que, sin olvidar la dificultad implícita en la valoración de daños personales, no vemos en la jurisprudencia de los Tri-

bunales españoles una línea uniforme sobre la indemnización a recibir. Comparativamente, casos de contagio del VHC son mucho mejor indemnizados que otros casos de contagio del VHC e, incluso, del VIH (cfr. *supra*). Y, en este punto, sí que nos parece que debería realizarse una distinción por razón del virus contagiado, por lo que creemos que las cuantías indemnizatorias no deben ser las mismas (52).

En el caso resuelto por la STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; 1975; D: 1993) el actor solicitó el pago de 25 millones y el INSA-LUD se opuso al considerar que si el Real Decreto-Ley 9/1993 concede 10 millones por contagio de VIH, "a una hepatitis... debe darse una indemnización menor". En la sentencia leemos que el Tribunal valoró la objeción realizada por el INSALUD y estableció la cuantía de 5 millones.

#### b) Determinación y límites de la cuantía

El Juez de Instancia es quien establece la cuantía indemnizatoria y ello lo hace de forma discrecional, aunque siempre con respeto a lo solicitado por el demandante. Esta cuantía debe ser considerada inalterable, esto es, no revisable, mientras que no exista una evidente y manifiesta desproporción entre el daño y la indemnización (53).

Esta es una cuestión pacífica y reiterada en la jurisprudencia de responsabilidad en general. En sede de casos de contagio aparece

---

(52) El legislador tampoco ha considerado que deban ser tratados de forma igual los contagios, ocurridos en el sistema de atención sanitaria pública, del VIH que los del VHC. Esta conclusión se puede extraer, primero, del ámbito de aplicación del Real Decreto - Ley 9/1993, que prevé ayudas a los afectados del VIH como consecuencia de actuaciones sanitarias en el sistema sanitario público. Hasta ahora no se han previsto ayudas similares para los afectados por el VHC, ni por el VHB, ni por otras enfermedades contagiosas. Y segundo, del hecho que anualmente los poderes públicos destinan cantidades para desarrollar acciones y programas de prevención y lucha contra el SIDA, pero no contra la hepatitis.

(53) La determinación o modificación de la cuantía indemnizatoria debe ser suficientemente motivada, como declara la STC 59/1997, de 18 de marzo. En el caso, la recurrente en amparo consideraba que la sentencia de la Audiencia Provincial que había reducido de 15 a 7 millones la indemnización por accidente de circulación había violado su derecho a la tutela judicial efectiva. El recurso fue estimado por el Tribunal Constitucional al observar una falta absoluta de motivación en la sentencia de la Audiencia. Hay que señalar que esta situación es diferente a la impugnación de la indemnización concedida por el Juzgado o el Tribunal ante el Tribunal Constitucional, quien ha afirmado en los Autos 458/84, de 18 de julio (FJ 3º) y 314/85, de 5 de mayo [FJ 4º, f)] que esta es una materia de estricta legalidad.

manifestado este principio en las siguientes sentencias: STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; VHC; 1989; D: 1989); STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 16.1.95 (AS 1995, 266; VIH; Tr; 1984; D 1990); STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208; VIH; Tr; 1984); STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 25.11.97 (AS 1997, 3985; VHC; Tr; 1979; D: 1992).

La razón de fondo que justifica esta discrecionalidad es el principio de reparación íntegra de los daños causados en que se inspira el ordenamiento.

Por este motivo, los diferentes órganos jurisdiccionales no se sienten vinculados, cuando establecen indemnizaciones en casos de contagio del VIH, por las cantidades establecidas en el Real Decreto-Ley 9/1993, de 28 de mayo (54), que regulaba concesión de ayudas públicas, que no indemnizaciones (aunque para acceder a ellas se debía renunciar al ejercicio de acciones judiciales contra la Administración) a los afectados por el VIH como consecuencia de actuaciones realizadas en el sistema sanitario público.

Esta independencia respecto del Real Decreto-Ley se ha predicado tanto cuando ha sido alegado por el demandado con la finalidad de que se rebajara la indemnización (STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 16.1.95 [AS 1995, 266; VIH; Tr; 1984; D 1990]: 20 millones de pesetas; STS, Sala 1ª, 24.6.97 [RAJ 1997, 5208; VIH; Tr; 1984]: no consta la indemnización concedida; STS, Sala 1ª, 26.2.98 [RAJ 1998, 1169; VIH; Diálisis; 1986]: 20 millones) como cuando ha sido alegado por el actor, a fin que fuera aumentada (STS, Sala 1ª, 11.2.98 [RAJ 1998, 707; VIH; Tr; <1992]: 12 millones (55)). Y con mucha más razón en los casos de contagio del VHC (STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 10.11.95 [AS 1995, 4404; VHC; Tr; 1985; D: 1990]: 20 millones).

Ahora bien, el hecho de que el Juez no esté obligado a establecer la indemnización según dicho Real Decreto no significa que en algunas ocasiones haya servido como criterio de orientación. Así, p.e., STSJ Baleares, Sala de lo Social, 13.5.93 (AS 1993, 2558; VIH; Tr; Hm; 1997-1985): la indemnización de 10 millones y el razonamiento nos hacen creer que el juez se guió por las cantidades establecidas en el Real

---

(54) BOE núm. 130, de 1 de junio. El art. 2 establece el importe de las ayudas en función de la persona que la reclama. Los contagiados tenían derecho al pago de 10 millones de pesetas y una ayuda mensual igual al salario mínimo interprofesional.

(55) La afectada recurre la cuantía indemnizatoria al considerar que los 12 millones establecidos por la Audiencia no cumplían con el principio de protección de la familia. El Juzgado de Primera Instancia había fijado la indemnización de 10 millones de pesetas por el contagio y otros 25 si se manifestaban síntomas del SIDA.

Decreto. Y también STS, Sala 1ª, 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; VIH; Hemo-diálisis; 1986): la Audiencia había establecido 20 millones de indemnización, con el siguiente desglose: 10 millones por la imposibilidad de realizarse al afectado un trasplante renal y otros 10, siguiendo el Real Decreto, en concepto de daños morales.

Tampoco se sienten vinculados los Tribunales por los baremos establecidos por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (56) que, de alguna forma, ha establecido un valor a las lesiones corporales y a la vida. No son tampoco aplicables por la falta de elementos semejantes que permitan establecer la analogía.

Ahora bien, en alguna ocasión el Consejo de Estado ha dictaminado que sí procedía tal uso: así, Dictamen de la Comisión Permanente del Consejo de Estado de 23 de octubre de 1997, con el voto en contra de los Consejeros De Mateo, Arozamena y Rodríguez-Piñero.

Con anterioridad a dicha Ley, la Orden de 5 de marzo de 1991 contenía una valoración de los daños personales derivados de accidentes de circulación. Esta Orden tampoco es aplicable al caso: así, STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 17.12.97 (AS 1997, 4572; VHC; Tr; 1992; D: 1993); STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 27.11.98 (RGD 656, mayo 1999, págs. 6112-6119; VIH; Tr; 1985; D: 1992): en este caso, el Tribunal utiliza el baremo para orientarse en la cuantía que debe establecer en favor de los hijos de la contagiada. Según los criterios contenidos en el baremo resultaba una indemnización de casi 13 millones de pesetas. El Tribunal acabó casi doblando la cuantía (25 millones).

### c) Aspectos indemnizados

¿Qué aspectos y circunstancias son tenidas en cuenta por los Tribunales a la hora de fijar la indemnización? En la mayoría de los casos es difícil saber a qué responde la cuantía indemnizatoria concedida. Parece tratarse de una cuantía establecida a tanto alzado en cuya concreción intervienen muchas circunstancias. No obstante, recuérdese que la indemnización debe responder a la existencia de un daño real y efectivo (sin perjuicio de lo que a continuación sobre daño moral diremos) cuya prueba corresponde al demandante.

---

(56) BOE núm. 268, de 9 de noviembre.

En las sentencias analizadas hemos podido identificar algunos aspectos que han sido tenidos expresamente en cuenta a la hora de fijar la indemnización:

### 1. Muerte de la persona contagiada.

STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 15.12.93 (AS 1993, 5304; VIH; Tr; 1984); en la demanda se reclamaron 50 millones de ptas. por daño moral y unas 400.000 ptas. por daños materiales derivados de la muerte del hijo del actor, de 10 años de edad. El Tribunal confirma la sentencia del Juzgado, que había establecido 15 millones de indemnización.

STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 7.12.94 (AS 1994, 4930; VIH; Tr; 1983; D 1989): el Juzgado de lo Social fijó la indemnización de 20 millones en favor de la viuda del contagiado. El Tribunal rebaja la indemnización a 12 millones, ya que no constan otras circunstancias familiares ni daños materiales.

STS, Sala 3ª, 6.2.96 (1996, 989; VIH; Hm; 1984): el difunto tenía 50 años de edad y dejó viuda y tres hijos. Se determinó la cuantía de 20 millones.

STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 27.11.98 (RGD 656, mayo 1999, págs. 6112-6119; 1985; D: 1992): persona contagiada a los 52 años de edad y muerta a los 60. Se estableció la indemnización de 25 millones.

STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 18.5.98 (AS 1998, 2525; VHC; Tr; 1991; D: 1992): los hijos del contagiado reclamaron 20 millones por la muerte de su padre. El Tribunal concede sólo 6 millones pues considera que la causa principal de la muerte no fue el contagio. Podemos especular en la decisión del Tribunal si la causa indemnizatoria hubiera sido el contagio o los daños morales.

### 2. Tratamiento y efectos secundarios.

STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; VHC; 1989; D: 1989): se considera correcta la cuantía de 15 millones porque la actora estaba siendo tratada con un medicamento (Ronferon-A) que le producía "como efectos secundarios fiebre, dolores musculares, dolores de cabeza persistentes, astenia y cansancio" (FD 7º).

STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991): indemnización de 12,75 millones tras atenderse a "las molestias de toda índole que comportan los periódicos controles médicos a los que debe someterse para observar el desarrollo de la enfermedad", entre otros aspectos.

### 3. Edad

SAP Asturias, Sala de lo Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; VHC; Tr. 1987): se concedieron 10 millones a una persona contagiada a los 50 años de edad y que debía estar sometida a tratamiento de por vida.

STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991): 12,75 millones de indemnización a un afectado de 43 años, casado y con quien convivían sus tres hijos (de 21, 19 y 14 años de edad).

STSJ Castilla - León, Burgos, Sala de lo Social, 21.11.95 (La Ley 1995, 3195; Tr; 1992; D: 1992): 18 millones de indemnización tras considerarse que se trataba de una "mujer joven, madre de dos hijos, que ha contraído una hepatitis C crónica...".

STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.7.96 (La Ley 1996, 9108-R; texto completo en la base de datos; VHC; Tr; 1989; D: 1990): indemnización de 10 millones a una persona contagiada a los 55 años.

STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 14.4.98 (RJCA 1998, 2535; VHC; Tr; 1992; D: 1992): se fijó la indemnización en 27 millones para una persona de 59 años y pensionista.

STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; 1975; D: 1993): el actor solicitó 25 millones e hizo constar su edad (52 años) y que a su cargo tenía su esposa, inválida, y tres hijas. El Tribunal concedió sólo 5 millones: consideró que un contagio del VHC merecía una cantidad menor que las concedidas por el Real Decreto-Ley 9/1993 a los contagiados por el VIH y recriminó al actor que no se especificara la situación laboral de las hijas en el momento de la reclamación, momento en que ya eran mayores de edad.

### 4. Expectativas laborales.

STS, Sala 4ª, 5.6.91, (RAJ 1991, 5131; VHC; Tr; 1986; D: 1989): no ha lugar a la revisión a la alza de la cuantía indemnizatoria solicitada por la actora porque concedió una cantidad similar, que desconocemos, respecto de "lesiones que no inhabilitan para el trabajo habitual, y en el caso de autos, no hay dato objetivo que conduzca a concluir que la actora esté impedida para seguir llevando la misma vida activa que llevaba con anterioridad ..." (FD 8º).

STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991). no se concedió la indemnización solicitada (30 millones) porque no se pagan "las posibilidades de ascenso [en el trabajo] con las consiguientes mejoras económicas" (FD 5º). Así mismo, se tiene en cuenta que en la producción de los daños ha intervenido otra causa, aparte del contagio del virus: el accidente de circulación. La indemnización fue de 12,75 millones.

STSJ Castilla - León, Burgos, Sala de lo Social, 21.11.95 (La Ley 1995, 3195; Tr; 1992; D: 1992): "Atendiendo a los daños materiales, ha quedado constatado que la actora tenía una vida laboral activa [ayudante de camarera en un bar], que queda truncada al haberse aconsejado el cese de toda actividad; en cuanto a los daños morales, siempre difíciles de determinar, aunque no afloren pruebas de un sufrimiento especial, atendiendo a su edad y circunstancias, es de prever que existen" (FD 3º). La indemnización se fijó en 18 millones.

5. En general, circunstancias personales, familiares y sociales.

SAP Asturias, Sala de lo Civil, 22.12.93 (AC 1993, 2406; VIH; Tr; <1992): "el hecho de ser... portadora de anticuerpos VIH, aun siendo por el momento una portadora asintomática, incide de forma palmaria en el ámbito de las relaciones familiares, tanto en lo que atañen a las propias del matrimonio, como a las inherentes a una eventual maternidad, y de la misma manera acarrea un profundo gravamen de tipo social, a lo que debe unirse, y no en menor medida el profundo y continuado sufrimiento motivado por la transmisión de los anticuerpos y por el fundado temor al desencadenamiento definitivo de una enfermedad progresivamente degenerativa y de efectos letales" (FD 4º). Se fijó la indemnización en 12 millones, revocándose la fijada por el Juzgado de Primera Instancia, que había sido la de 10 millones por el contagio y 25 más cuando se manifestasen los síntomas.

STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991): indemnización de 12,75 millones por "las limitaciones que genera [el contagio] en la vida personal y de relación del que l[o] sufre al tener que seguir un especial régimen alimenticio con tratamiento médico... y... la posibilidad [de] peligro potencial de contagio a los que se relacionan con él si no se adoptan determinadas medidas, así como el dolor por la previsible agravación de la enfermedad" (FD 5º).

STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.6.98 (AS 1998, 2318; VHC; Tr; 1984; D: 1995): indemnización de 20 millones en atención a que la enfermedad es irreversible, contagiosa y progresiva; que el actor tiene - entonces - 40 años de edad; y que la enfermedad afecta directamente a sus relaciones sexuales, familiares, laborales y sociales.

Así mismo, la existencia de anteriores dolencias también ha sido tenida en cuenta a la hora de justificar por qué no se concedía la indemnización solicitada por el actor. De hecho, tener en cuenta esta circunstancia es correcto porque los daños por los que se reclama no traen causa directa del contagio (aunque en muchas ocasiones el contagio y las posteriores manifestaciones del virus puedan agravar una dolencia anterior). Así:

STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 5.7.97 (AS 1997, 3074; VHC; Tr; 1971; D: 1992); la actora solicitó 15 millones que el Juzgado de lo Social concedió. El TSJ rebaja la indemnización a 2,5 millones al considerar que la ansiedad que padece no es debida al contagio del VHC sino a "unas preexistentes 'manifestaciones depresivas'" (FD 4º).

Recientemente la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-Administrativo (57), ha resuelto el caso de un paciente que en 1979 precisó una transfusión sanguínea en el transcurso de una intervención por un adenoma pulmonar. La sangre estaba contaminada con el VHC. En 1995 se le diagnosticó la hepatitis y carcicoma hepatocelular. Tras su muerte, sus familiares solicitaron una indemnización de 30 millones. La Audiencia concedió sólo 8, por entender que éstos eran, estrictamente, los que correspondían por el contagio del VHC. No procedía aceptar íntegramente la demanda porque no existía relación de causa-efecto entre la transfusión y el carcicoma.

#### d) Daños morales

La lectura de las sentencias en los casos de contagio produce la impresión de que la cuantía indemnizatoria en concepto de daño moral (58) es utilizada por los jueces como un mecanismo que les permite establecer indemnizaciones a tanto alzado sin que se haya probado la realidad de tales daños. En algunos casos, incluso, en la determinación de la cuantía se atisban flecos de justicia material. Todo ello, no obstante, siempre desde el respeto al principio de congruencia entre lo reclamado y lo concedido.

Lo que acabamos de decir sirve para justificar por qué por el contagio del VIH en un niño, para ceñirnos a un caso concreto, se conceden indemnizaciones muy diferentes. Así: STSJ Baleares, Sala de lo Social, 13.5.93 (AS 1993, 2558; VIH; Tr; Hm; 1997-1985): niño contagiado a los 6 años que muere a los 11; 10 millones; STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 5.11.93 (AS 1993, 4950; VIH; Tr; 1984; D: 1988): contagio a los 10 años y muerte a los 13; 40 millones, que son, por cierto, los reclamados en la demanda; STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.12.93 (AS 1993, 5374; VIH; Tr; 1984): niño contagiado cuando tenía un año de edad, que muere meses antes de cumplir los 7; los padres recla-

(57) Noticia obtenida en Diario Médico, 2 de noviembre de 1999 ([www.diario-medico.com](http://www.diario-medico.com)).

(58) Una crítica desde el Análisis Económico del Derecho sobre el mal uso que la jurisprudencia española está haciendo del concepto de daño moral puede encontrarse en Fernando GOMEZ POMAR, *Daño moral*, [www.indret.com](http://www.indret.com).

maron 100 millones de pesetas, pero obtuvieron una indemnización de 15; STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 15.12.93 (AS 1993, 5304; VIH; Tr; 1984): contagiado meses antes de cumplir tres años de edad que muere a los 10; el padre reclama como indemnización 50 millones por daños morales y 400.000 pesetas por daños materiales. Se establece una condena genérica de 15 millones; STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 23.7.97 (RJCA 1997, 2833; VIH; Tr; 1981; D: 1987): niño que recibe sangre desde los primeros meses de su nacimiento hasta los 7 años, y que muere a los 12 años de edad. Condena genérica de 5 millones ante una reclamación de 25; SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.98 (AC 1998, 370; VIH; Hm; 1985; D: 1989): suministro de fibrinógeno contaminado a niño de 8 años, que murió a los 16; 15 millones de indemnización; y, finalmente, recordemos la STS, Sala 4ª, 5.5.99 (RAJ 1999, 4703; VIH; Tr; 1986) anteriormente comentada en la que se estableció la indemnización de 55 millones.

Sobre la dificultad de valorar los daños morales, interesa aportar la STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 25.10.94 (AS 1994, 3754; VIH; Hm; <1985; D: 1987). En el caso, los hermanos de un hemofílico tratado con hemoderivados reclamaron, tras su muerte, la indemnización de 25 millones. El Tribunal concedió únicamente 3 tras considerar que los daños morales de los parientes de un hemofílico son menores a los de una persona sana que es contagiada ya que ha convivido, concretamente en el caso de autos, desde su nacimiento con ellos.

Finalmente, la utilidad del concepto de daño moral para conceder indemnizaciones se aprecia, entre otras, en las dos siguientes sentencias:

STS, Sala 1ª, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; VIH; Tr; 1984): en el caso, una mujer fue infectada con el VIH al realizársele una transfusión en el Hospital Maternal. Según consta en la sentencia, "como consecuencia de ello adquirió la enfermedad del SIDA, que provocó su fallecimiento, no sin antes haber producido la muerte de un hijo nacido prematuramente como consecuencia, asimismo, de la misma enfermedad que le había transmitido la madre durante la gestación". La afectada reclamó al SAS el pago de 60 millones, que se desglosaban de la siguiente forma: 40 millones por el contagio, 5 por el daño moral sufrido y 15 por la muerte prematura de su hijo (60 millones en total). El Juzgado de Primera Instancia desestimó la demanda. Recurrió en apelación el marido de la actora al fallecer ésta, y la Audiencia Provincial de Granada confirmó la sentencia de instancia. En casación alegó el recurrente la infracción de los arts. 1902 y 1903 CC, y jurisprudencia que los desarrolla. El Tribunal estimó el recurso de casación y concedió 10 millones por la muerte del niño y 5 por los daños morales de la noticia de la infección de SIDA de la madre. No procedió, en cambio, indemnización por la muerte de la esposa por respeto al principio de congruencia entre lo solicitado y lo concedido.

Auto AP Madrid, Sala de lo Civil, 20.2.98 (AC 1998, 493). Este Auto fue dictado en ejecución de la SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; VHC; Tr; 1986; D: 1989) y en él se fijó la indemnización de 30 millones. En el caso se tuvo en cuenta que la contagiada estaba en situación de gran invalidez debida a otra enfermedad, y que, en estas circunstancias, el contagio era más oneroso que si de una persona sana se hubiera tratado. Esta onerosidad se acomoda al concepto de "daño moral", según la Audiencia.

#### e) Otras fuentes indemnizatorias

En algunas sentencias se aborda la relación entre la indemnización y las eventuales cuantías a que tiene derecho el contagiado del VIH amparándose en el Real Decreto-Ley 9/1993. Realizándose una fina distinción que se basa en la categoría de los daños continuados, más concretamente, en diferenciar el contagio del VIH de la manifestación de los síntomas del SIDA, dichas sentencias aceptan la posibilidad de percibir tales ayudas, aún habiendo obtenido sentencia condenatoria de una Administración sanitaria (59).

Así:

STS, Sala 1ª, 11.2.98 (RAJ 1998, 707; VIH; <1992): la actora había reclamado el pago de 100 millones de pesetas. El Juzgado de Primera Instancia condenó al INSALUD al pago de 10 millones por el contagio y de otros 25 cuando aparecieran los síntomas de la enfermedad. La sentencia fue revocada parcialmente por la de la Audiencia (SAP Asturias 22.12.93) que estableció una única indemnización: 12 millones de pesetas. La actora impugnó en casación la cuantía indemnizatoria. Su recurso fue desestimado. El Tribunal consideró correcta la indemnización concedida; recordó que el Real Decreto-Ley 9/1993 no es de aplicación obligatoria a los Tribunales, pues contempla la concesión de ayudas públicas; e indicó que en dicho texto se contienen indemnizaciones que puede reclamar la actora cuando desarrolle la enfermedad.

---

(59) Art. 3 RD-L 9/1993. "Incompatibilidades. 1. La percepción de estas ayudas sociales será compatible con la de cualquier pensión pública que el beneficiario tuviera derecho a percibir. 2. Para acceder a las ayudas previstas en el presente Real Decreto - Ley será necesaria la renuncia previa al ejercicio de todo tipo de reclamaciones por contaminación por VIH, contra cualquiera de las Administraciones Públicas sanitarias o el personal de las mismas. 3. No podrán acceder a estas ayudas quienes hubieran obtenido sentencia condenatoria contra cualquiera de las Administraciones Públicas sanitarias por contagio de VIH".

STS, Sala 1ª, 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; VIH; Hemodiálisis; 1986): el demandante había reclamado una indemnización de 70 millones de ptas. El Juzgado de Primera Instancia condenó al *Departament de Sanitat* al pago de 50 millones y a la constitución de un fondo de 20 millones en una entidad bancaria para que, con los intereses que se devengaran, se paliaran los gastos de la enfermedad. La Audiencia consideró que la cantidad destinada a cubrir los gastos de la enfermedad ya estaba garantizada con la afiliación del demandante a la Seguridad Social, por lo que condenó al *Departament* al pago de 20 millones en concepto de los daños causados (10 millones en concepto de daño moral y otros 10 por la imposibilidad de realizársele un transplante de riñón a consecuencia del contagio), más una pensión vitalicia (consistente en el doble del salario mínimo interprofesional), y otra mensual (dos tercios del salario mínimo interprofesional) por cada hijo económicamente dependiente del actor hasta que alcanzaran la edad de 24 años. Y todo ello sin perjuicio de las cantidades que por aplicación del Real Decreto Ley 9/1993, de 28 de mayo, pudieran concurrir. El demandante interpuso recurso de casación en el que impugnaba la cuantía indemnizatoria obtenida. El Tribunal lo desestimó porque en casación no es revisable la cuantía indemnizatoria.

Dicho Real Decreto-Ley 9/1993 plantea, además, algunas otras cuestiones:

a) En primer lugar, sobre la validez de la renuncia a ejercer cualquier tipo de reclamaciones contra las Administraciones Públicas sanitarias o su personal (art. 3.2) así como la imposibilidad de acceder a las ayudas previstas en los casos en que el solicitante hubiera obtenido sentencia condenatoria contra cualquiera de las Administraciones Públicas sanitarias por contagio del VIH (art. 3.3) si la cuantía obtenida, bien mediante las ayudas establecidas por el Real Decreto, bien mediante la sentencia, no compensa los daños sufridos (aunque esto sea difícil de saber en estos casos).

Véase, en este sentido, la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 30 de octubre de 1998 (F. E. v. Francia), en la que se consideró que la desestimación de la reclamación judicial de responsabilidad civil por contagio del VIH simplemente porque el perjudicado se había beneficiado de unas ayudas públicas, parecidas a las establecidas por el Real Decreto-Ley español, suponía una violación del derecho a acceder a los Tribunales.

b) En segundo lugar, la posibilidad o no de demandar a los laboratorios.

Parece claro que si el daño ha sido satisfactoriamente compensado, no habrá lugar a la exigencia de responsabilidad. Y ello porque el crédito del actor ya ha sido satisfecho por uno de los responsables solidarios.

c) Finalmente, la viabilidad de la pretensión de la Administración de recuperar todo o parte de las cuantías indemnizatorias concedidas mediante una reclamación a los laboratorios.

Tal posibilidad no está prevista en el texto del Real Decreto (60), por lo que parece que dicha pretensión debería articularse mediante el régimen de las obligaciones solidarias establecido por el Código Civil. Concretamente, el art. 1145 CC es el que se establece el derecho de repetición del deudor solidario que ha pagado contra los restantes deudores solidarios. Además, si, por un lado, consideramos que tales ayudas tienen una naturaleza indemnizatoria y, si por otro, sostuvimos la posibilidad de que la Administración reclamara a los laboratorios el tanto de indemnización que por los daños causados por un producto suyo había pagado, no vemos ahora tampoco problema para permitir esta acción de repetición.

Sólo hemos localizado una sentencia en la que se resuelve un problema derivado de la aplicación del Real Decreto-Ley 9/1993. En ella se abordan los requisitos que deben concurrir para poder beneficiarse de las ayudas. Se trata de la SAN, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 8.10.97 (La Ley 1997, 11152; MP: Gil Ibáñez), en la que se impugnaba la denegación de las ayudas previstas en el Real Decreto-Ley 9/1993. El recurso fue desestimado por no acreditarse, no ya la relación de causalidad, sino ni tan sólo la existencia de contagio. La reclamación había sido interpuesta por la viuda del contagiado, muerto en 1979, a quien se le había diagnosticado hemofilia en 1976 y tratado desde entonces con hemoderivados.

## 10. *La prescripción de la acción*

### a) Los plazos

Otro de los problemas derivados de la discusión sobre la jurisdicción competente para conocer de los casos de responsabilidad por

---

(60) Sí, en cambio, aparece en legislación especial. Así, p. e., art. 14 de la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de *Ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual*, y el art. 8 de la reciente Ley 32/1999, de 8 de octubre, de *Solidaridad con las víctimas del terrorismo*, en el cual se prevé la subrogación del Estado en los derechos de los beneficiarios de las ayudas contra los obligados al resarcimiento como autores de los delitos y la cesión por parte de los beneficiarios de sus derechos por esta causa de forma previa a las ayudas.

defectuosa asistencia sanitaria es el del plazo de ejercicio de la acción. En la jurisprudencia encontramos dos plazos diferentes:

a) El plazo de un año, que se deriva de lo dispuesto en el art. 1968.2 CC pero que también prevén la L 30/1992 y el RD 429/1993; y

b) El plazo de cinco años, según lo establecido en el art. 43.1 LGSS (61), pues se entiende que la acción ejercitada es inherente a una prestación de la Seguridad Social.

Lógicamente, la aplicación del plazo de cinco años es doctrina pacífica en todas las sentencias dictadas por el orden social, tanto del Tribunal Supremo (62) como de los Tribunales Superiores de Justicia (63).

### b) El "dies a quo"

#### *Los diferentes momentos*

¿A partir de qué momento empieza a computarse el plazo de prescripción? Según establece el art. 1968.2 CC, "desde que lo supo el agraviado", expresión que ha sido interpretada por la doctrina, por lo que a los daños personales derivados de la asistencia sanitaria se refiere, como equivalente a saber el alcance definitivo de las secuelas.

Siguiendo esta interpretación, los arts. 142.5 L 30/1992 y 4.2 RD 429/1993 establecen que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. Y que en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo comenzará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

Y el art. 43.1 LGSS 1994 establece que los cinco años a que hemos hecho referencia anteriormente son "contados desde el día siguiente a aquél en que tenga lugar el hecho causante de la prestación de que se trate, sin perjuicio de las excepciones que se determinan en la presente Ley...".

---

(61) Con anterioridad, el art. 54.1 LGSS 1974 establecía también el plazo de 5 años.

(62) STS, Sala 4ª, 5.6.91, (RAJ 1991, 5131; VHC; Tr; 1986; D: 1989), STS, Sala 4ª, 23.1.95 (RAJ 1995, 402; VHC; Tr).

(63) STSJ Madrid, Sala de lo Social, 8.10.92 (AS 1992, 4895; VIH; Tr; 1984); STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.12.93 (AS 1993, 5374; VIH; Tr; 1984); STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; VHC; 1989; D: 1989), STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 5.7.97 (AS 1997, 3074; VHC; Tr; 1971; D: 1992).

### *El conocimiento exacto del alcance de los daños*

En la jurisprudencia encontramos la referencia al conocimiento del alcance de los daños sufridos en la mayoría de sentencias. Ahora bien, encontramos también muy diferentes momentos sobre cuándo se concreta ese conocimiento. El más habitual suele ser el del diagnóstico definitivo:

Así, STS, Sala 4ª, 5.6.91, (RAJ 1991, 5131; VHC; Tr; 1986; D: 1989); STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 10.11.95 (AS 1995, 4404; VHC; Tr; 1985; D: 1990); STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; 1975; D: 1993); SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm: 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995).

Pero ese diagnóstico debe ser notificado o conocido para que comience a correr el plazo.

En este sentido, en la SAP Asturias 22.12.93 (AC 1993, 2406; VIH; Tr; vid. STS 11.2.98, Sala 1ª [RAJ 1998, 707]) el momento relevante fue el de la notificación de las analíticas.

En el de la STSJ Madrid, Sala de lo Social, 24.2.94 (AS 1994, 874; VIH), el plazo de 5 años se inició en el momento de fallecimiento del contagiado. Hasta entonces no se había tenido conocimiento de que estuviera contagiado. Además, no se probó que el INSALUD lo comunicara anteriormente.

Y en el de la STSJ País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 11.2.99 (RJCA 1999, 389; VHC; Tr; 1987; D: 1990), desde la fecha que el afectado fue declarado en situación de invalidez, porque es entonces cuando se conoce el alcance de los daños. Aunque este pronunciamiento contrasta con el de la STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; 1975; D: 1993), en la cual se consideró que la declaración de incapacidad no podía ser tenida en cuenta porque en ella no se recogía exactamente la dolencia del enfermo. En el caso se optó por iniciar el cómputo a partir de un diagnóstico posterior a la declaración de incapacidad.

En los casos de contagio del VHC la identificación definitiva del virus y la fecha de su diagnóstico son considerados como el momento a partir del cual iniciar el cómputo de prescripción. No lo es, por tanto, el momento en que al paciente se le diagnostica una hepatitis no A, no B.

Muy claramente se expresa en este sentido la STSJ Asturias, Sala de lo Social, 26.3.99 (AS 1999, 915; VHC; Tr; 1988): el INSALUD alegaba prescrita la acción de 5 años pues el diagnóstico de la enfermedad

data de 1989 y la reclamación se había realizado en 1995. El TSJ desestima el recurso porque el diagnóstico relevante a efectos del cómputo de la prescripción es el que se realizó en 1991, en el que se identificaba médicamente la enfermedad. El argumento esgrimido por el INSALUD, además, era contradictorio: si por un lado consideraba que la enferma había sido diagnosticada del VHC en 1989, por otro, en un argumento diferente, alegaba que “hasta tiempo después dicha enfermedad era desconocida”. Existía, por tanto, una contradicción interna en los argumentos de la defensa. El Tribunal no se resiste a dar a conocer esta contradicción: “Es evidente... que una enfermedad desconocida no puede ser diagnosticada”.

De forma similar, STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; VHC; 1975; D: 1993).

Así mismo, debe tenerse en cuenta que los síntomas de las enfermedades que causan los virus a que nos estamos refiriendo van agravándose (o, como regla general, suelen hacerlo) a medida que transcurren los días. Por tanto, la fecha del diagnóstico no puede ser considerada como apta para iniciar el cómputo pues todavía no se conoce el alcance de los daños. En la doctrina se califica este tipo de daños como “daños continuados”. Que no esté definido totalmente el daño origina algunos problemas: en primer lugar, por lo que respecta al momento de inicio del cómputo del plazo de prescripción de la acción; y, en segundo lugar, por la cuantificación de tales daños.

En la jurisprudencia también se ha recogido el concepto de “daños continuados” para conseguir que la acción se considere correctamente ejercitada con posterioridad al conocimiento del diagnóstico. Esta idea se recoge en las siguientes sentencias:

STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; VHC; Tr; 1989; D: 1991). “hasta que no finalizó el tratamiento... para detectar la acción del virus, no podía concretarse la intensidad y alcance definitivo de las secuelas”.

STSJ La Rioja, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 13.3.98 (RJCA 1998, 613; VHC; Tr; 1987; D: 1989 y 1994): en el juicio se demostró que la hepatitis que padecía la actora no había dejado secuelas, por lo tanto el cómputo se inicia en el momento del diagnóstico. “Ello no excluye”, dice la sentencia, “que en caso de producirse un agravamiento de su estado pueda iniciar una nueva reclamación” (FD 4º).

STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 14.4.98 (RJCA 1998, 2535; VHC; Tr; 1992; D: 1992): “las secuelas no han sido objeto de determinación ya que la recurrente se encuentra afectada por una enfermedad incurable. No se puede hablar por tanto de que

haya comenzado a correr el plazo de la prescripción". Esta sentencia contrasta con la acabada de reseñar en cuanto a la calificación del alcance de la hepatitis.

### *Otras referencias*

En alguna sentencia, no obstante, encontramos otras referencias diferentes a las que hemos comentado:

Así, STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; VHC; 1989; D: 1989): se tomó en consideración la fecha de la finalización de la asistencia sanitaria.

STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 23.7.97 (RJCA 1997, 2833; VIH; Tr; 1981; D: 1987): en esta sentencia el cómputo se inició desde la fecha de defunción del contagiado. La pretensión se basaba no en el contagio sino en la muerte que éste había causado: "la fecha del diagnóstico de la enfermedad ... no es el momento determinante del alcance de los perjuicios sino que el hecho que motiva la indemnización es el fallecimiento del hijo del demandante, al margen de que con anterioridad se manifestaren otros efectos lesivos menos graves también indemnizables, que en todo caso se englobarían en aquél...".

#### c) Casos en los que se declaró prescrita la acción

Pocos son los casos en los que se ha desestimado la pretensión del actor porque su acción fue ejercitada tardíamente. Estos son:

STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 26.11.96 (AS 1996, 4481, VHC; Tr; 1986; D Hep: 1986; D VHC: 1994): se declara prescrita la acción porque el cómputo de 5 años se inicia, según el Tribunal, en 1986, que es cuando le fue diagnosticada la hepatitis, calificada en aquel momento como no A no B y en 1994 como C. Esta sentencia contrasta con las otras que acabamos de citar sobre calificación de la hepatitis como no A, no B y posteriormente C.

STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 27.1.98 (RJCA 1998, 305; VHC; Tr; 1983): la hepatitis se diagnosticó en 1991 y la acción se ejercitó en 1995. En el caso, se aplicó el plazo de 1 año de los arts. 142 L 30/1992 y 4.2 RD 429/1993. En el texto de la sentencia encontramos una afirmación que hace que no sea aplicable en el caso el concepto de daños continuados: "sin que conste acreditado que su estado haya variado ostensiblemente desde entonces [desde la fecha

del diagnóstico] por lo que respecta a la agravación de las secuelas que produce" (FD 2º).

STSJ La Rioja, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 13.3.98 (RJCA 1998, 613; VHC; Tr; 1987; D: 1989 y 1994): en el caso se consideró prescrita la acción porque se consideró que la hepatitis que padecía la actora no producía secuelas en el momento en que se realizó la reclamación. Por tanto, el cómputo debía iniciarse desde la fecha de diagnóstico. "Ello no excluye", dice la sentencia, "que en caso de producirse un agravamiento de su estado pueda iniciar una nueva reclamación" (FD 4º).

#### d) El concepto jurisprudencial de la "unidad de culpa civil"

El concepto de "unidad de culpa civil" es de construcción jurisprudencial, más concretamente, han sido las Salas de lo Civil las que han recurrido a él, especialmente, en reclamaciones por daños.

Tal concepto ha permitido a los Tribunales aportar un nuevo punto de vista jurídico a los hechos de la sentencia. Esto es así porque en un mismo hecho dañoso suelen concurrir muy diferentes elementos que cuestionan la delimitación clásica entre los campos de la responsabilidad civil contractual y extracontractual. De tal forma que si el actor ha fundamentado su pretensión en reglas de responsabilidad extracontractual y no en reglas de responsabilidad contractual, el Tribunal se ha considerado libre de recurrir a algunas disposiciones de esta última para fundamentar la sentencia.

En este sentido es interesante lo que se afirma en la STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; MP: VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989): "Conocidas son ... las dificultades (reconocidas doctrinalmente) en la delimitación del campo propio de la responsabilidad civil por culpa extracontractual y culpa contractual, dificultades que, en muchas ocasiones ... tienen por causa que el mismo hecho dañoso configura tanto un supuesto normativo como otro lo que determina, en términos procesales, un concurso de normas coincidentes en una misma pretensión, fijada en lo sustancial por la unidad de los acontecimientos históricos que justifican el 'petitum' indemnizatorio. Con excepciones, la doctrina civilista actual sostiene que sería erróneo considerar que si el perjudicado ha fundamentado su demanda de indemnización sólo en normas de responsabilidad extracontractual o sólo en normas de responsabilidad contractual, el órgano jurisdiccional incurre en incongruencia por cambio de la causa de pedir si funda la decisión en normas de culpa distintas de las invocada. La 'causa petendi' que con el 'petitum' configu-

ran la pretensión procesal se define por el relato de los hechos y no por la fundamentación jurídica, que, en casos de culpa, no vincula al Tribunal ni en la calificación de la relación jurídica controvertida, ni en las normas de aplicación, de manera que el órgano jurisdiccional actúa dentro de los límites de la congruencia, aunque cambie el punto de vista jurídico. La jurisprudencia de esta Sala se ha decantado en esta línea, conforme al concepto de unidad de culpa" (FD 6º).

Y parecidamente, STS, Sala 1ª, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; VIH; Tr; 1984).

La principal consecuencia derivada del uso del concepto de "unidad de culpa civil" ha sido aplicar el plazo de prescripción de 15 años previsto en el art. 1964 CC y no el de un año previsto para la responsabilidad extracontractual.

Así, claramente SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; VHC, VIH; Hm: 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995): "[E]n los términos de la demanda hay base suficiente para entender ejercitada, junto con la acción de responsabilidad extracontractual ... la acción por culpa contractual, en conjunción permitida por la Jurisprudencia ... con fundamento en la doctrina llamada de la unidad de la culpa civil y en el espíritu de máxima protección al perjudicado" (FD 2º).

#### 11. *La jurisprudencia sobre otras causas de contagio del VIH y del VHC*

Nos hemos ocupado de los casos de responsabilidad civil derivada del contagio del VIH y del VHC en los casos de transfusiones sanguíneas y consumo de hemoderivados. En el apartado I.2 de este trabajo ya advertíamos que estas causas de contagio son muy poco probables actualmente dados los conocimientos científicos y avances técnicos. No obstante, de ellas son de las que principalmente se ha ocupado la jurisprudencia. No consideramos oportuno concluir estas páginas sin hacer referencia a la jurisprudencia que sobre responsabilidad civil existe cuando la causa de contagio ha sido otra.

La principal causa de contagio actualmente es el uso compartido de jeringuillas pero hasta ahora los Tribunales no han dictado ninguna sentencia sobre responsabilidad civil en este específico supuesto. En cambio, sí que encontramos algunas sentencias (aunque no muchas) en las que el contagio se produjo por una vía diferente a la transfusión sanguínea o al suministro del hemoderivado.

## a) Accidentes laborales

En el caso de la STSJ País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 15.5.98 (base La Ley; VHC; Acc; 1990) la actora, auxiliar clínica, se contagió al pincharse con una aguja. Por tal hecho reclamó a la Administración del Servicio Vasco de Salud el pago de 25 millones de pesetas. La reclamación fue desestimada por silencio administrativo. Contra tal desestimación interpuso recurso la actora. El Tribunal lo desestima: "no puede considerarse imputable a una acción u omisión de la Administración, ya que fue la recurrente la que por su descuido se pinchó" (FD 3º). Además, según la sentencia, "no le es exigible a la Administración un nivel de diligencia asimilable a que se identificaría con poner en sobreaviso al personal sanitario en todas las ocasiones en las que se puede estar ante un enfermo que padece hepatitis C. La Administración desconoce este dato por regla general, pues se trata de un aspecto confidencial de los pacientes, y no es tampoco posible que todos y cada uno de los pacientes que acudan a un establecimiento sanitario sean estudiados para comprobar si tiene o no ese virus. El personal sanitario tiene que realizar su actividad siempre con la eficiente pericia y diligencia que impida que se pueda producir un pinchazo..." (FD 3º).

Los hechos objeto de la STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 10.11.98 (Aranzadi *on line* 380/20; *El Derecho* 98/29174; VHB; Acc) fueron los siguientes: en enero de 1977 una auxiliar de clínica sufrió un corte en el dedo con una jeringuilla rota al efectuar el recuento de material, hecho que le produciría el contagio del VHB. En 1980 la contagiada dio a luz a una niña, que fue diagnosticada como hepatítica crónica. El 18 de septiembre de 1990, la actora fue declarada en situación de Invalidez Provisional, siendo dada de alta en febrero de 1994, aunque en marzo de ese mismo año se le diagnosticó una hepatitis crónica por virus de la hepatitis en fase de replicación. En 1994 la contagiada, en su nombre y en el de su hija, presentó demanda ante la jurisdicción contra el SERVASA. El Juzgado estableció la indemnización de 15 millones. La sentencia fue revocada por el Tribunal Superior, que se consideró incompetente para conocer del asunto, debiéndose ejercitar la acción en la jurisdicción contencioso-administrativa.

En cambio, sí que se declaró la responsabilidad de la Administración por hechos similares en la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 17.3.99 (Aranzadi *on line* 391/6; VIH; Acc). En el caso, la auxiliar, que trabajaba en el Hospital Gregorio Marañón, fue contagiada con el VIH al pincharse con la aguja del suero de un paciente infectado. El Tribunal condenó a la Comunidad Autónoma de Madrid, titular del hospital, al pago de 55 millones.

## b) Relaciones sexuales

En el caso resuelto por la SAP Sta. Cruz de Tenerife, Sala Penal, 20.1.96 (ARP 1996, 28; VIH; Rel. Sex.) se resolvió la responsabilidad penal y civil de una persona que, sabiendo que estaba infectada con el VIH, mantuvo relaciones sexuales con dos mujeres (en momentos temporales diferentes); la primera fue contagiada y la segunda, no. La Audiencia consideró al imputado autor de un delito de lesiones y estableció la responsabilidad civil, en favor de la mujer contagiada, de 1,5 millones y otros 8,5 millones en el caso que se desarrollaran los síntomas del SIDA.

## c) Transplantes

En el caso de la STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 23.1.96 (AS 1996, 57; VIH; Transp; Rel. Sex.) la actora reclamó al INSALUD el pago de 50 millones en concepto de los daños y perjuicios derivados del contagio del VIH que habían sufrido su difunto marido, al serle transplantado un riñón de un heroinómano seropositivo, y ella misma, posiblemente, al mantener relaciones sexuales con su marido. El Juzgado de lo Social estableció la indemnización en 30 millones y el Tribunal Superior la redujo 12.

### III. RELACION CRONOLOGICA DE SENTENCIAS SOBRE CONTAGIO DEL VIH Y VHC POR TRANSFUSION DE SANGRE O CONSUMO DE HEMODERIVADOS

1. STS, Sala 4ª, 21.2.91 (RAJ 1991, 860; MP: Benigno Varela Autrán; Hep; Tr): no se acredita la relación de causalidad.
2. STS, Sala 4ª, 5.6.91 (RAJ 1991, 5131; MP: Leonardo Bris Montes; VHC; Tr; 1986; D: 1989): no consta la indemnización.
3. STS, Sala 2ª, 18.11.91 (RAJ 1991, 9448; MP: José Augusto de Vega Ruiz; VIH; Tr; 1986-1987): condena.
4. STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 23.6.92 (AS 1992, 3171; MP: Juan Antonio Alvarez Anllo; VIH; Tr; 1983; D: 1990): 20 millones.
5. STSJ Madrid, Sala de lo Social, 8.10.92 (AS 1992, 4895; MP: José Luis Nombela Nombela; VIH; Tr; 1984): 25 millones.
6. STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 9.12.92 (AS 1992, 6357; MP: José Cesar Alvarez Martínez; VIH; Hm; 1984): 25 millones. Comentario: Silvia DEL SAZ, *La responsabilidad de la Administración por el contagio del virus del SIDA*, La Llei 1993, 1, p. 208-212

7. STSJ Galicia, Sala de lo Social, 25.3.93 (AS 1993, 1362; MP: Miguel Angel Fernández Otero; VIH; Hm: Factor VIII; 1980): 30 millones.
8. STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 1.4.93 (AS 1993, 1733; MP: Pedro Bravo Gutiérrez; VIH; Tr; 1985): no se acredita la relación de causalidad.
9. STSJ Baleares, Sala de lo Social, 13.5.93 (AS 1993, 2558; MP: Miguel Suau Rosselló; VIH; Tr; Hm; 19979-1985): 10 millones.
10. SAP Asturias, Sala Civil, 7.10.93 (AC 1993, 2121; MP: José Antonio Seijas Quintana; VHC; Tr. 1987): 10 millones.
11. STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 5.11.93 (AS 1993, 4950; MP: José Montiel González; VIH; Tr; 1984; D: 1988): 40 millones.
12. STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.12.93 (AS 1993, 5374; MP: José Luis Alonso Saura; VIH; Tr; 1984): 15 millones.
13. STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 15.12.93 (AS 1993, 5304; MP: Ponç Feliu Llansà; VIH; Tr; 1984): 15 millones.
14. SAP Asturias, Sala de lo Civil, 22.12.93 (AC 1993, 2406; MP: M<sup>a</sup> José Pueyo Mateo; VIH; Tr): vid. STS 11.2.98, Sala 1<sup>a</sup> (RAJ 1998, 707). 12 millones.
15. STSJ Madrid, Sala de lo Social, 24.2.94 (AS 1994, 874; MP: José Luis Nombela Nombela; VIH; Hm: Factor VIII; 1979-1983; D: 1985): 25 millones.
16. STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 12.4.94 (AS 1994, 1392; MP: Ignacio Espinosa Casares; VHC; Tr; 1989; D: 1989): 15 millones.
17. STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 30.7.94 (AS 1994, 3091; MP: Rosa M<sup>a</sup> Viroles Piñol; VIH; Diálisis, Tr; 1983): no se acredita la relación de causalidad.
18. STSJ País Vasco, Sala de lo Social, 11.10.94 (Base de datos La Ley; MP: Escudero Alonso; VHC; Tr): 15 millones.
19. STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 25.10.94 (AS 1994, 3754; MP: Antonio Tudanca Saiz; VIH; Hm; <1985): 3 millones.
20. SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 (AC 1998, 3482; MP: Nicolás Díaz Méndez; VHC; Tr; 1986; D: 1989): 30 millones (según Auto 20.2.98 (1998, 493), dictado en ejecución de sentencia).
21. STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 7.12.94 (AS 1994, 4930; MP: Lope del Barrio Gutiérrez; VIH; Tr; 1983; D: 1989): 12 millones.
22. STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 16.1.95 (AS 1995, 266; MP: José Cesar Alvarez Martínez; VIH; Tr; 1984; D 1990): 20 millones.
23. STS, Sala 4<sup>a</sup>, 23.1.95 (RAJ 1995, 402; MP: Víctor Fuentes López; Hep; Tr, 1986; D: 1988): no consta la indemnización.

24. STSJ Madrid, Sala de lo Social, 25.1.95 (AS 1995, 402; MP: Julián Angel Avilés Caballero; VHC; Tr; Hm: Hites; > 1990): incompetencia.
25. SAP Baleares, Sala de lo Civil, 4.4.95 (AC 1995, 933; La Ley 1995, 14690; MP: Julio López-Bermejo Muñoz; VIH; Hm: Bebulin; 1984): 35 millones.
26. STS, Sala 4ª, 18.4.95 (RAJ 1995, 4438; MP: Pablo Manuel Cachón; VHC; Tr; 1989; 1990): no se acredita la relación de causalidad.
27. STSJ Asturias, Sala Contencioso-Administrativo, 9.5.95 (RJCA 1995, 322; MP: Julio Gallego Otero; VHC; Tr; 1989; D: 1991): 12,75 millones.
28. STS, Sala 4ª, 12.5.95 (RAJ 1995, 3771; MP: Arturo Fernández López; VHC; Tr): incompetencia de jurisdicción.
29. SAP Barcelona, Sala de lo Penal, 5.7.95 (ARP 1995, 1009; MP: Javier Arzúa Arrugaeta; VIH; Tr): absolución.
30. STS, Sala 1ª, 11.10.95 (RAJ 1995, 7406; MP: Alfonso Villagómez Rodil; VHB; Hm: Factor VIII; D: 1985): ausencia de responsabilidad: el centro no debía analizar el hemoderivado.
31. STS, Sala 4ª, 16.10.95 (RAJ 1995, 7759; VHC; Tr; MP: Arturo Fernández López): competencia jurisdicción social.
32. STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 10.11.95 (AS 1995, 4404; MP: José Montiel González; VHC; Tr; 1985; D: 1990): 20 millones.
33. STSJ Castilla-León, Burgos, Sala de lo Social, 21.11.95 (La Ley 1995, 3195; MP: Colina Contreras; VHC; Tr; 1992; D: 1992): 18 millones.
34. STS, Sala 3ª, 6.2.96 (RAJ 1996, 989; MP: Luis Tejada González; VIH; Hm; 1984): 20 millones.
35. STSJ Castilla-La Mancha, Albacete, Sala de lo Social, 15.3.96 (AS 1996, 620; MP: José Montiel González; VHC; Tr; 1989; D: 1991): 12 millones.
36. STS, Sala 1ª, 20.3.96 (RAJ 1996, 2244; MP: Antonio Gullón Ballesteros; Hep; Tr): el demandado no intervino en el nexos causal.
37. STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 9.4.96 (AS 1996, 1973; MP: Francisco José Pérez; VHC; Tr; 1983; D: 1991): competencia de la jurisdicción social.
38. STS, Sala 4ª, 10.6.96 (RAJ 1996, 5007; MP: Enrique Alvarez Cruz; VHC, VIH; Tr; 1985): no consta la indemnización.
39. STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.7.96 (La Ley 1996, 9108-R; texto completo en la base de datos; MP: José Alejandro Criado Fernández; VHC; Tr; 1989; D: 1990): 10 millones

40. STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 23.7.96 (AS 1996, 3162; MP: Antonio Doreste Armas; VHC; Tr; Hm: Factor VIII; D: 1991): no se acredita la relación causal.
41. STSJ La Rioja, Sala de lo Social, 26.11.96 (AS 1996, 4481, MP: Ignacio Espinosa Casares; VHC; Tr; 1986; D Hep: 1986; D VHC: 1994): acción prescrita.
42. STS, Sala 4ª, 16.1.97 (RAJ 1997, 501; MP: José Antonio Somalo Giménez; VHC; Tr; 1971; D: 1992). Competencia jurisdicción social. El caso es resuelto por la STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 5.7.97 (AS 1997, 3074).
43. STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 6.2.97 (AS 1997, 495; MP: Alfredo García-Tenorio Bejarano; VHC, VIH; Hm; 1984; D VHC: 1993; D VIH: 1994): 25 millones.
44. STS, Sala 2ª, 13.2.97 (RAJ 1997, 728; MP: José Manuel Martínez-Pereda Rodríguez; VIH; Tr; 1982): no se acredita la relación causal.
45. STS, Sala 1ª, 18.2.97 (RAJ 1997, 1240; MP: José Almagro Nosete; VHC, VIH; Hm: Sintrom; 1983; D Hep: 1983; D VIH: 1989). 40 millones.
46. STSJ Murcia, Sala de lo Social, 17.3.97 (AS 1997, 1205; MP: Francisco Martínez Muñoz; VHC; Tr; 1982; D: 1994): competencia de la jurisdicción social.
47. STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 3.4.97 (AS 1997, 1400; MP: Rosa Mª Viroles Piñol; VIH; Tr; 1986): no se acredita la relación de causalidad.
48. STSJ Aragón, Sala de lo Social, 15.4.97 (AS 1997, 1284; MP: Benjamín Blasco Segura; VHC; Tr; 1985; D: 1994): absolución. La sentencia es casada por el TS: vid. infra STS, Sala 4ª, 22.12.97 (RAJ 1998, 737).
49. STSJ Castilla-La Mancha, Sala de lo Social, 9.6.97 (AS 1997, 2788; MP: José Montiel González; VIH; Hm: Hemofil., Criobulin, Proplex, Feiba; 1981-1983): 40 millones.
50. STS, Sala 1ª, 24.6.97 (RAJ 1997, 5208; MP: Jesús Marina Martínez-Pardo; VIH; Tr; 1984): no consta la indemnización.
51. STSJ Cataluña, Sala de lo Social, 5.7.97 (AS 1997, 3074; MP: Francisco Javier Sanz; VHC; Tr; 1971; D: 1992): 2,5 millones.
52. STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 3110; MP: Alejandro Alvarez Macías; VHC; Tr; 1989; D: 1993): 10 millones.
53. STSJ Castilla - León, Valladolid, Sala de lo Social, 22.7.97 (AS 1997, 2493; MP: José Mª Ramos Aguado; VIH; Tr; 1987): no se acredita la relación de causalidad.

54. STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 23.7.97 (RJCA 1997, 2833; MP: Julio Gallego Otero; VIH; Tr; 1981; D: 1987): 5 millones.
55. STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 25.11.97 (AS 1997, 3985; MP: Lope del Barrio Gutiérrez; VHC; Tr; 1979; D: 1992): 15 millones.
56. STSJ Andalucía, Málaga, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 25.11.97 (RJCA 1997, 2503; MP: Emilio Ramón Villalain Ruiz; VIH; Tr; 1986; D: 1993): ausencia de responsabilidad. Persona perteneciente a grupos de riesgo.
57. STSJ Castilla y León, Burgos, Sala de lo Social, 17.12.97 (AS 1997, 4572; MP: Juan Molins García-Atance; VHC; Tr; 1992; D: 1993): 20 millones.
58. STS, Sala 4ª, 22.12.97 (RAJ 1998, 737; MP: Jesús González Peña; VHC; Tr; 1985; D: 1994): fuerza mayor.
59. STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 27.1.98 (RJCA 1998, 305; MP: Olga González-Lamuño Romay; VHC; Tr; 1983; D: 1991): acción prescrita.
60. STS, Sala 1ª, 11.2.98 (RAJ 1998, 707; MP: Antonio Gullón Ballesteros; VIH; Tr; <1992): 12 millones. Comentario: Fernando PEÑA LOPEZ, 47 CCJC, abril-agosto 1998.
61. Auto AP Madrid, Sala de lo Civil, 20.2.98 (AC 1998, 493; MP: Nicolás Díaz Méndez; Auto dictado en ejecución SAP Madrid, Sala de lo Civil, 2.11.94 [AC 1998, 3482; MP: Nicolás Díaz Méndez; VHC; Tr; 1986; D: 1989]): 30 millones.
62. STS, Sala 1ª, 26.2.98 (RAJ 1998, 1169; MP: Eduardo Fernández-Cid de Temes; VIH; Diálisis; 1986). 20 millones, diversas pensiones, sin perjuicio de las cantidades del RD-L 9/1993.
63. STSJ Andalucía, Málaga, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 9.3.98 (RJCA 1998, 749; MP: Rafael Rodríguez Hermida; VHC; Tr; 1989; D: 1990): 10 millones.
64. STSJ La Rioja, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 13.3.98 (RJCA 1998, 613; MP: José Luís Díaz Roldán; VHC; Tr; 1987; D: 1989): acción prescrita.
65. SAP La Coruña, Sala de lo Civil, 20.3.98 (AC 1998, 370; MP: José Luís Seoane Spiegelberg; VIH; Hm; 1985; D: 1989): 15 millones.
66. STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 14.4.98 (RJCA 1998, 2535; MP: Cristina Paez Martínez; VHC; Tr; 1992; D: 1992): 27 millones.
67. STSJ Galicia, Sala de lo Social, 16.4.98 (AS 1998, 955; MP: Miguel Angel Fernández Virel; VHC; Hm; 1992): competencia del orden social.

68. STSJ Asturias, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 17.4.98 (RJCA 1998, 1135; MP: Luis Querol Carceller; VHC, VIH; Tr; 1990; D VHC: 1991-1992; D VIH: 1992): no se acredita la relación causal.
69. SAP Barcelona; Sala de lo Civil, 24.4.98 (AC 1998, 829; MP: María Nuria Zamora Pérez; VIH; Tr): ausencia de responsabilidad. "Período ventana".
70. STSJ Extremadura, Sala de lo Social, 29.4.98 (AS 1998, 5940; MP: Alfredo García-Tenorio Bejarano; VHC): competencia orden social. STSJ Castilla - La Mancha, Sala de lo Social, 18.5.98 (AS 1998, 2525).
71. MP: José Montiel González; VHC; Tr; 1991; D: 1992): 6 millones.
72. STSJ Aragón, Sala de lo Social, 20.5.98 (AS 1998, 2131; MP: Carlos Bermúdez Rodríguez; VHC; Hm: Gammagard; 1993; D: 1994): 20 millones.
73. STSJ Asturias, Sala de lo Social, 5.6.98 (AS 1998, 2318; MP: Carmen Hilda González; VHC; Tr; 1984; D: 1995): 20 millones.
74. SAP Asturias, Sala de lo Civil, 10.7.98 (AC 1998, 1656; MP: M<sup>a</sup> José Pueyo Mateo; Hep; Tr; 1991): no se acredita la relación causal.
75. STS, Sala 3<sup>a</sup>, 28.10.98 (RAJ 1998, 8928; MP: Juan José González Ribas; VHB; Diálisis): 7,5 millones.
76. STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 27.11.98 (RGD 656, mayo 1999, págs. 6112-6119; MP: Juan Miguel Massigoge Benegiu; VIH; Tr; 1985; D: 1992): 25 millones.
77. STS, Sala 1<sup>a</sup>, 16.12.98 (RAJ 1998, 9559; MP: Román García Varela; VIH; Tr; 1985): incompetencia.
78. STS, Sala 1<sup>a</sup>, 28.12.98 (RAJ 1998, 10161; MP: Ignacio Sierra Gil de la Cuesta; VIH; Tr; 1984): 15 millones.
79. STSJ País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 21.1.99 (RJCA 1999, 341; MP: Begoña Orue Bascones; VHC; Tr; 1989): deber de soportar el daño.
80. STSJ Canarias, Las Palmas, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 5.2.99 (RJCA 1999, 200; MP: Francisco José Gómez Cáceres; VHC; Tr; 1992): no se acredita relación de causalidad.
81. STSJ País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 11.2.99 (RJCA 1999, 389; MP: José Antonio Alberdi Larizgoitia; VHC; Tr; 1987; D: 1990): deber de soportar el daño.
82. STSJ Andalucía, Granada, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 15.2.99 (RJCA 1999, 518; MP: Federico Lázaro Guil; VHC; Tr): la persona ya estaba contagiada.

83. SAP Alicante, Sala de lo Civil, 24.2.99 (AC 1999, 351; MP: Manuel Benigno Flórez; VHC, VIH; Hm; 1984; D Hep: 1984; D VIH: 1995): 45 millones más 24 para los hijos si la madre muere por alguna de las enfermedades contagiada.
84. STS, Sala 1ª, 9.3.99 (RAJ 1999, 1368; MP: Román García Varela; VHC; Tr; 1989): 6 millones.
85. SAP Madrid, Sala Civil, 12.3.99 (AC 1999, 722; MP: Nicolás Díaz Méndez; VHB; Tr; 1985): no se acredita relación de causalidad.  
STSJ Asturias, Sala de lo Social, 26.3.99 (AS 1999, 915; MP: Carmen
86. Hilda González González; VHC; Tr; 1988): no consta la indemnización.
87. STS, Sala 4ª, 5.5.99 (RAJ 1999, 4703; MP: José Mª Marín Correa; VIH; Tr; 1986): 55 millones.
88. STS, Sala 3ª, 31.5.99 (La Ley 1999, 11668; MP: Francisco González Navarro; VHC; Tr; 1975; D: 1993): 5 millones.
89. STSJ Navarra, Sala de lo Social, 9.6.99 (El Derecho 99/16396; MP: Carmen Arnedo Díez; VHC; Hm; 1991): 5 millones.
90. STS, Sala 1ª, 5.10.99 (texto original; MP: Xavier O'Callaghan Muñoz; VHC; Hm): 50 millones.

*Otras causas de contagio*

91. SAP Sta. Cruz de Tenerife, Sala Penal, 20.1.96 (ARP 1996, 28; MP: Oscar Torres Berriel; VIH; Rel. Sex.): Responsabilidad civil de 1,5 M más 8,5 si llega a desarrollar la enfermedad.
92. STSJ Castilla y León, Valladolid, Sala de lo Social, 23.1.96 (AS 1996, 57; MP: José Méndez Holgado; VIH; Transp; Rel. Sex.; 1984): 12 M.
93. STSJ País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 15.5.98 (base La Ley; MP: Chamorro González; VHC, Acc; 1990): ausencia de responsabilidad. Negligencia de la contagiada.
94. STSJ Comunidad Valenciana, Sala de lo Social, 10.11.98 (Aranzadi on line 380/20; El Derecho 98/29174; MP: Manuel José Pons Gil; VHB; Acc; 1977). Incompetente.
95. STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, 17.3.99 (Aranzadi on line 391/6; Ponente: Inés Huerta Garicano; VIH; Acc; 1990; D: 1991): 55 millones.

**Cuadro I**  
**Relación de Sentencias según el virus contagiado y la causa de contagio**

	<b>Transfusión</b>	<b>Hemoderivado</b>	<b>Transfusión y hemoderivado</b>
<b>VIH</b>	STS, 2ª, 18.11.1991; STSJ Castilla y León, Valladolid, Social, 23.6.92; STSJ Madrid, Social, 8.10.92; STSJ Extremadura, Social, 1.4.93; STSJ Castilla – La Mancha, Social, 5.11.93; STSJ Comunidad Valenciana, Social, 9.12.93; STSJ Cataluña, Social, 15.12.93; SAP Asturias, Civil, 22.12.93; STSJ Cataluña, Social, 30.7.94; STSJ Castilla y León, Valladolid, Social, 7.12.94; STSJ Cataluña, Social, 16.1.95; SAP Barcelona, Penal, 5.7.95; STS, 2ª, 13.2.97; STSJ Cataluña, Social, 3.4.97; STS, 1ª, 24.6.97; STSJ Castilla - León, Valladolid, Social, 22.7.97; STSJ Asturias, Cont.-Adm., 23.7.97; STSJ Andalucía, Málaga, Cont.-Adm., 25.11.97; STS, 1ª, 11.2.98; STS, 1ª, 26.2.98; SAP Barcelona; Civil, 24.4.98; STSJ Madrid, Cont.-Adm., 27.11.98; STS, 1ª, 16.12.98; STS, 1ª, 28.12.98; STS, 4ª, 5.5.99 <b>Total: 25</b>	STSJ Cataluña, Social, 9.12.92; STSJ Galicia, Social, 25.3.93; STSJ Madrid, Social, 24.2.94; STSJ Castilla y León, Burgos, Social, 25.10.94; SAP Baleares, Civil, 4.4.95; STS, 3ª, 6.2.96; STSJ Castilla – La Mancha, Social, 9.6.97; SAP La Coruña, Civil, 20.3.98 <b>Total: 8</b>	STSJ Baleares, Social, 13.5.93 <b>Total: 1</b>
<b>VHC</b>	STS, 4ª, 21.2.91; STS, 4ª, 5.6.91; SAP Asturias, Civil, 7.10.93; STSJ La Rioja, Social, 12.4.94; STSJ País Vasco, Social, 11.10.94; SAP Madrid, Civil, 2.11.94 (y Auto 20.2.98); STS, 4ª, 23.1.95; STS, 4ª, 18.4.95; STSJ Asturias, Cont.-Adm., 9.5.95; STS, 4ª, 12.5.95; STS, 4ª, 16.10.95; STSJ Castilla – La Mancha, Social, 10.11.95; STSJ Castilla – León, Burgos, Social, 21.11.95; STSJ Castilla – La Mancha, Albacete, Social, 15.3.96; STS, 1ª, 20.3.96; STSJ Comunidad Valenciana, Social, 9.4.96; STSJ Asturias, Social, 5.7.96; STSJ La Rioja, Social, 26.11.96; STS, 4ª, 16.1.97; STSJ Murcia, Social, 17.3.97; STSJ Aragón, Social, 15.4.97; STSJ Cataluña, Social, 5.7.97; STSJ Canarias, Las Palmas, Social, 22.7.97; STSJ Castilla y León, Valladolid, Social, 25.11.97; STSJ Castilla y León, Burgos, Social, 17.12.97; STS, 4ª, 22.12.97; STSJ Asturias, Cont.-Adm., 27.1.98; STSJ Andalucía, Málaga, Cont.-Adm., 9.3.98; STSJ La Rioja, Cont.-Adm., 13.3.98; STSJ Canarias, Las Palmas, Cont.-Adm., 14.4.98; STSJ Castilla – La Mancha, Social, 18.5.98; STSJ Asturias, Social, 5.6.98; SAP Asturias, Civil, 10.7.98; STS, 3ª, 28.10.98; STSJ País Vasco, Cont.-Adm., 21.1.99; STSJ Canarias, Las Palmas, Cont.-Adm., 5.2.99; STSJ País Vasco, Cont.-Adm., 11.2.99; STSJ Andalucía, Granada, Cont.-Adm., 15.2.99; STS, 1ª, 9.3.99; SAP Madrid, Civil, 12.3.99; STSJ Asturias, Social, 26.3.99; STS, 3ª, 31.5.99 <b>Total: 43</b>	STS, 1ª, 11.10.95; STSJ Galicia, Social, 16.4.98; STSJ Aragón, Social, 20.5.98; STSJ Navarra, Social, 9.6.99; STS, 1ª, 5.10.99 <b>Total: 5</b>	STSJ Madrid, Social, 25.1.95; STSJ Canarias, Las Palmas, Social, 23.7.96 <b>Total: 2</b>
<b>VIH, VHC</b>	STS, 4ª, 10.6.96; STSJ Asturias, Cont.-Adm., 17.4.98 <b>Total: 2</b>	STSJ Extremadura, Social, 6.2.97; STS, 1ª, 18.2.97; SAP Alicante, Civil, 24.2.99 <b>Total: 3</b>	

No consta la causa de contagio del VHC en la STSJ Extremadura, Social, 29.4.98

**Cuadro II**  
**Relación de Sentencias según la jurisdicción, el virus contagiado y el resultado de la sentencia**

	VIH	VHC	VIH	VHC
Civil	SAP Asturias 22.12.93; SAP Baleares 4.4.95; STS 24.6.97; STS 11.2.98; STS 26.2.98; SAP La Coruña, 20.3.98; STS 28.12.98 <b>Total: 7</b>	SAP Asturias 7.10.93; SAP Madrid, 2.11.94 (y Auto 20.2.98); STS 9.3.99; STS 5.10.99 <b>Total: 5</b>	SAP Barcelona 24.4.98; STS 16.12.98 <b>Total: 2</b>	STS 11.10.95; STS 20.3.96; SAP Asturias 10.7.98; SAP Madrid 12.3.99 <b>Total: 4</b>
	STS 18.2.97; SAP Alicante 24.2.99 <b>Total: 2</b>			
Penal	STS 18.11.91 <b>Total: 1</b>		SAP Barcelona 5.7.95; STS 13.2.97 <b>Total: 2</b>	
Contencioso-Administrativo	STS 6.2.96; STSJ Asturias 23.7.97; STSJ Madrid 27.11.98 <b>Total: 3</b>	STSJ Asturias 9.5.95; STSJ Andalucía, Málaga, 9.3.98; STSJ Canarias, Las Palmas, 14.4.98; STS 28.10.98; STS 31.5.99 <b>Total: 5</b>	STSJ Andalucía, Málaga 25.11.97 <b>Total: 1</b>	STSJ Asturias 27.1.98; STSJ La Rioja 13.3.98; STSJ País Vasco 21.1.99; STSJ Canarias, Las Palmas 5.2.99; STSJ País Vasco 11.2.99; STSJ Andalucía, Granada, 15.2.99 <b>Total: 6</b>
			STSJ Asturias 17.4.98 <b>Total: 1</b>	
Social	STSJ Castilla y León, Valladolid, 23.6.92; STSJ Madrid 8.10.92; STSJ Cataluña 9.12.92; STSJ Galicia 25.3.93; STSJ Baleares 13.5.93; STSJ Castilla - La Mancha 5.11.93; STSJ Comunidad Valenciana 9.12.93; STSJ Cataluña 15.12.93; STSJ Madrid 24.2.94; STSJ Castilla y León, Burgos, 25.10.94; STSJ Castilla y León, Valladolid 7.12.94; STSJ Cataluña 16.1.95; STSJ Castilla - La Mancha 9.6.97; STS 5.5.99 <b>Total: 14</b>	STS 5.6.91; STSJ La Rioja 12.4.94; STSJ País Vasco 11.10.94; STS 23.1.95; STS 16.10.95; STSJ Castilla - La Mancha, 10.11.95; STSJ Castilla - León, Burgos, 21.11.95; STSJ Castilla - La Mancha, Albacete 15.3.96; STSJ Comunidad Valenciana 9.4.96; STSJ Asturias 5.7.96; STS 16.1.97; STSJ Murcia 17.3.97; STSJ Cataluña 5.7.97; STSJ Canarias, Las Palmas, 22.7.97; STSJ Castilla y León, Valladolid 25.11.97; STSJ Castilla y León, Burgos, 17.12.97; STSJ Galicia, 16.4.98; STSJ Extremadura 29.4.98; STSJ Castilla - La Mancha 18.5.98; STSJ Aragón, 20.5.98; STSJ Asturias 5.6.98; STSJ Asturias 26.3.99; STSJ Navarra 9.6.99 <b>Total: 23</b>	STSJ Extremadura 1.4.93; STSJ Cataluña 30.7.94; STSJ Cataluña 3.4.97; STSJ Castilla - León, Valladolid 22.7.97 <b>Total: 4</b>	STS 21.2.91; STSJ Madrid 25.1.95; STS 18.4.95; STS 12.5.95; STSJ Canarias, Las Palmas 23.7.96; STSJ La Rioja 26.11.96; STSJ Aragón 15.4.97; STS 22.12.97 <b>Total: 8</b>
	STS 10.6.96; STSJ Extremadura 6.2.97 <b>Total: 2</b>			



# CRONICA

