



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero y
Ponente

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 28 de junio de 2007, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 29 de mayo de 2007 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, debido a un accidente laboral de la Unidad Medicalizada de Emergencias de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 30 de mayo de 2007, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 520/2007, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Quijano González.

Primero.- El día 6 de mayo de 2005 D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial en el registro de la Oficina Territorial de Trabajo de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León de xxxxx, debido a una intoxicación por humo producida durante su jornada laboral.



No queda clara la indemnización solicitada. Las cuantías de las valoraciones no señalan el importe total, estimándose en 24.678,91 euros los días de incapacidad, más el diez por ciento de factor de corrección; las secuelas permanentes en 402.882,41 euros, a lo que añade un diez por ciento de factor de corrección cuando parece que ya lo había considerado; y como gastos, la cantidad de 4.759,19 euros. Por ello parece ser que la cantidad total solicitada es de 434.785,40 euros.

Del expediente administrativo se pueden extraer los siguientes datos:

- El día 1 de noviembre de 2002, aproximadamente sobre las 22,30 horas, el equipo de guardia de la Unidad Medicalizada de Emergencias de xxxxx fue alertado de la salida de humo de la cochera de su ambulancia, situada en el número 5 de la Calle xxxxx. Inmediatamente el equipo, entre cuyos miembros se encontraba Dña. xxxxx, enfermera de emergencias, acudió al lugar; solicitándose la presencia de los bomberos y de la Policía Local, en pocos minutos el incendio es extinguido.

- La reclamante no entra en el local incendiado, permaneciendo en el exterior; no obstante, cuando, tras la intervención de los bomberos, se abrieron las puertas, salió gran cantidad de humo que pudieron aspirar los presentes.

- El vehículo fue trasladado por una grúa a los locales de "ppppp", donde todo el equipo de Emergencias (incluida la reclamante) valoró los desperfectos y extrajo el material recuperable, limpiando el equipamiento y procediendo a preparar la ambulancia de reserva en los locales de la base.

- Según indica la reclamante "De todos los responsables sanitarios que habían participado y conocido la situación, ninguno tomó ningún tipo de decisión relativa a la prevención de los efectos de la segura inhalación de monóxido de carbono, limitándose a que toda la noche, hasta las 7 de la mañana, estuviésemos rescatando y limpiando el material".

- Acabado el trabajo, el personal del equipo presenta cansancio y sintomatología inespecífica: cefalea, dolores musculares. A las 9 horas, finalizada la jornada laboral, todo el personal se va a su domicilio.



- A las 14,24 horas del día siguiente (2 de noviembre), la reclamante es llevada al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx manifestando que, tras incendiarse la ambulancia, inhaló humo, presentando desde ese momento mareo, que describe "como si estuviera flotando en una nube", según se relata en el informe del servicio de urgencias de esa misma fecha. También "Refiere rubefacción facial, cefalea fronto-parietal y que durante la inhalación en algún momento casi pierde el conocimiento, recuperándose al tomar aire". La exploración fue normal. En la analítica se encontró "saturación de O₂ del 98 96, enzimas cardiacas y resto de analítica normal, salvo plaquetas. La cifra obtenida de carboxihemoglobina estaba dentro de límites normales." Se valora la clínica como compatible con intoxicación por CO.

- No consta que la paciente refiriese como antecedente su déficit de Piruvato-Kinasa

- El día 5 de noviembre de 2002 la reclamante acude nuevamente al Servicio de Urgencias al Hospital hhhhh". Presenta mialgias generalizadas, temblor, pérdida de fuerza tras inhalación de humo de incendio, decidiéndose su ingreso en el Servicio de Medicina Interna. En el informe de Urgencias se refiere "antecedentes de déficit de Piruvato-Kinasa".

- Se produce un nuevo ingreso el 12 de noviembre de 2002, que se prolonga hasta el 17 de noviembre, al percibirse una importante limitación para la marcha, inicialmente con tetraparesia, de la que se fue recuperando parcialmente, con dificultad para leer, por debilidad de musculatura ocular y aparición de disnea de esfuerzo. Durante este último ingreso, los estudios analíticos fueron normales y la resonancia cerebral, repetida en tres ocasiones, no presenta alteraciones, igualmente la resonancia de médula cervico-dorsal y cono medular.

- Tras el alta su evolución fue a brotes, recuperando la fuerza de miembros superiores y presentando paraparesia sin alteraciones sensitivas ni esfinterianas. La tratan con oxígeno en cámara hiperbárica con mejoría parcial. Posteriormente presenta pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho, con ptosis palpebral bilateral. El cuadro se interpreta como miopatía mitocondrial o metabólica en relación con el déficit de Piruvato-Kinasa, habiendo actuado el monóxido de carbono y quizá otros tóxicos como desencadenante. La



gasometría es normal y la espirometría muestra patrón restrictivo severo en relación con afectación muscular.

- El 8 de julio de 2003 presentó un nuevo cuadro de pérdida de fuerza en extremidades derechas, cefalea y malestar general. Durante la exploración en Urgencias del Hospital hhhhhh sufre deterioro con tendencia al sueño, ingresando en el Servicio de Medicina Interna. El cuadro fue calificado de pseudo-ictus en paciente con miopatía mitocondrial y fue dada de alta al día siguiente con déficit de sensibilidad superficial en hemicuerpo derecho, salvo en la cara interna de brazos y piernas.

- El 31 de julio de 2003 volvió al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh a causa de un nuevo "pseudo-ictus funcional", con imposibilidad para hablar y sensación de globo faríngeo, así como cefalea, malestar y pérdida de fuerza en extremidades derechas, dificultad respiratoria, con ansiedad y alcalosis respiratoria. Se decidió el ingreso en el Servicio de Medicina Interna. Fue dada de alta al día siguiente recomendando continuar estudio psicológico con especialista de su confianza.

- La reclamante siguió tratamiento de rehabilitación en el "Centro Médico de Rehabilitación y Lenguaje", para tratar sus secuelas de hemiparesia derecha, dificultad para leer con fatiga muscular y alteraciones de la marcha. Durante el tratamiento evolucionó a brotes, recuperando fuerza en musculatura facial y en miembros superiores, presentando nuevos brotes de hemiparesia y paraparesia sin alteraciones sensitivas ni esfinterianas.

- Posteriormente apareció un cuadro de disnea de esfuerzo, que anteriormente no había manifestado. Se realizó una gasometría arterial, que era normal, y una espirometría, que mostró patrón restrictivo severo por afectación muscular. Posteriormente presentó nuevos brotes de disfagia, disartria, diplopia, alteraciones de la marcha y hemiparesia izquierda con alteraciones de la sensibilidad y disnea. Al alta presentaba pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo con disnea de esfuerzo.

- En octubre del 2003 fue vista en el "bbbbbb" para valoración de su visión, ya que refería disminución de la agudeza visual, alteraciones del campo visual, problemas de adaptación a la oscuridad y fotofobia. Las pruebas electrofisiológicas realizadas habían sido normales. La conclusión, según



informe del "bbbb", indica que no se confirma alteración retiniana extensa, se conserva función macular con Pve normales. Los resultados "no son concluyentes sobre ningún diagnóstico de sospecha (neuropatía tóxica aguda)".

- La paciente siguió tratamiento en febrero y marzo del 2004 en el "Centro de Rehabilitación Cardio-Respiratoria" para mejorar su limitación funcional respiratoria y disnea de esfuerzo.

Por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 5 de mayo de 2004, se le declara en situación de Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio, todo ello en base al dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades, según el cual las secuelas son las siguientes: Intoxicación por monóxido de carbono y humo de incendio. Miopatía inducida por humo de incendio que evoluciona en brotes. Hemiparesia derecha residual (4+/5). Restricción concéntrica del campo visual en ambos ojos (A 10° centrales en ojo derecho y 15° centrales en Ojo izquierdo). Trastorno por Estrés".

Segundo.- Constan en el expediente la historia clínica de la interesada y, entre otros, los siguientes documentos:

- Informe de D. vvvvv, Directora Gerente de la Gerencia de Emergencias Sanitarias, con fecha 17 de junio de 2005.

En el referido documento se puede leer:

(...) 31. La Gerencia de Emergencias Sanitarias, siempre reconoció que la patología que presentaba Dña. xxxxx podría derivarse de los hechos ocurridos el día 1 de noviembre de 2002, pero no como causa, sino siendo el factor que agravó y descompensó una patología previa, según se nos informó "a posteriori" por parte de los Servicios de Inspección Médica.

32. Nunca se ha considerado, que la buena disposición y el exceso de celo laboral, que pudiera haberse dado en los hechos descritos sean constitutivos de falta de medidas de prevención de riesgos, y en ningún caso se podría sostener que el responsable de ello haya sido la Gerencia de Emergencias Sanitarias, SACYL, ni el equipo médico, ya que todas las actuaciones fueron voluntarias y correctas. (...)



c) Ningún otro miembro del equipo tuvo ninguna necesidad de asistencia y de hecho no la demandaron como tal. Se considera que el cuadro de Dña. xxxxx fue una descompensación o empeoramiento de su patología, no el origen de la misma.

d) La Inspección de Trabajo no ha presentado ningún informe en que deje constancia de deficiencias, desidias, incumplimientos u omisiones de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de SACYL, ni del profesional médico que estuvo al frente de las actuaciones.

f) Consideramos que si la enfermera Dña. xxxxx hubiera conocido su patología previa y no lo hubiera comunicado, habría existido una omisión de información necesaria sobre su estado de salud previo, lo que habría impedido a la Administración, llevar a cabo actuaciones especiales que posiblemente hubiera requerido Dña. xxxxx(...)"

- Informe de la Inspección Médica, con fecha 29 de marzo de 2006, en el que como conclusión se puede leer: "(...) La situación de la paciente, afectada por una miopatía mitocondrial o metabólica en relación con un déficit congénito de Piruvato-Kinasa, es relacionada por los médicos que la han atendido con la inhalación de CO o tóxicos del humo del incendio de la ambulancia, dado que se desencadenó a continuación del mismo, pero no hay nada que indique que existió falta de prevención de riesgos laborales.

»El incendio no fue considerado causado por negligencia, ni existe ninguna anomalía detectada en las inspecciones de trabajo sobre los controles de seguridad y medidas de prevención.

»La reclamante, que como enfermera de Emergencias tiene conocimientos sobre problemas médicos urgentes y riesgos tóxicos, no solicitó asistencia médica ni manifestó alteraciones de su estado de salud. No entró en la cochera durante el incendio ni en momentos posteriores. Trabajó con sus compañeros toda la noche y nadie se percató de que se encontrara mal. Por otra parte, al parecer, nadie del equipo conocía el problema de déficit enzimático que padecía. (...)"



- Informe médico, de 29 de mayo de 2006, realizado a petición de la Compañía Aseguradora sssss y firmado por los Dres. mmmmm, ggggg, fffff y ttttt. En el mismo se incluyen las siguientes conclusiones:

«1. Dña. xxxxx presenta un cuadro clínico compatible con una miopatía, cuya etiología ha resultado imposible de aclarar pese a la realización de multitud de estudios encaminados a dicho fin.

»2. En nuestro criterio no se puede establecer una relación de causalidad entre la supuesta inhalación de humo que sufrió la paciente, como consecuencia del incendio de la ambulancia en la que trabajaba, y las secuelas y clínica descritas por la misma. (...)

»4. Por otro lado la normalidad de la determinación de carboxihemoglobina, de las enzimas musculares y de las pruebas de neuroimagen (TC y/o RMN) hacen imposible achacar a la intoxicación por CO el cuadro clínico de la paciente, que parece establecerse como una miopatía (afectación de las fibras musculares) de etiología desconocida.

»5. Tampoco existe ningún dato que permita sostener que la deficiencia de PK juega algún papel en la clínica de la enferma, pues la enferma es heterocigota para el defecto, no ha presentado en ningún momento datos de hemólisis y dicha deficiencia únicamente afecta a los hematíes y no a las células musculares.

»6. Por tanto y en nuestro criterio no se puede establecer en base a los datos aportados que la causa de la incapacidad de la paciente sea la supuesta inhalación de CO sufrida por la enferma. (...)"

Tercero.- En escrito de Dña. xxxxx, presentado en el registro de la Oficina Territorial de Trabajo de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León de xxxxx el día 14 de junio de 2006, se solicita a la Gerencia Regional de Salud que le contesten motivadamente por qué se está tramitando una responsabilidad patrimonial por una incorrecta asistencia sanitaria, cuando la indemnización solicitada lo es por los daños y perjuicios derivados de un accidente de trabajo.



En escrito fechado el 26 de junio de 2006, el Gerente de Salud de Área de xxxxx comunica a la interesada que su reclamación está siendo valorada en todos los aspectos y que en breve, en el trámite de audiencia, podrá conocer su contenido y realizar alegaciones.

Cuarto.- Concluida la instrucción del expediente se da trámite de audiencia a la parte interesada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos.

El día 13 de julio de 2006 comparece en la Gerencia de Salud de xxxxx D. yyyyy, en nombre y representación de la reclamante, obteniendo una copia parcial del expediente administrativo. Presenta un poder general para pleitos que queda incorporado al expediente.

En fecha 19 de julio del mismo año el referido apoderado presenta alegaciones, valorando los informes periciales de la compañía aseguradora y de la inspección médica, informes "no sólo interesados sino erróneos".

Entre otras alegaciones, considera la intoxicación por monóxido de carbono evidente, por lo que no tiene relevancia si entró o no en el lugar del incendio; los síntomas inicialmente valorados por la médico responsable, Dra. ccccc, los estima específicos de la intoxicación. La parte reclamante presume que el déficit de Piruvato–Kinasa no tiene nada que ver con los efectos de la intoxicación por monóxido de carbono.

Quinto.- Con fecha 24 de abril de 2007, el Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud firma la propuesta de resolución del expediente, considerando que debe desestimarse la reclamación

Sexto.- El 10 de mayo de 2007 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden indicada.



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

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

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

Es preciso hacer una observación a la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial, toda vez que existe una evidente tardanza en su realización. Así, mientras que el escrito de reclamación tuvo entrada en el registro el día 6 de mayo de 2005, hasta el día 24 de abril de 2007 no se emitió la propuesta de resolución, y el día 29 de mayo de 2007, tuvo entrada en este Consejo Consultivo, -dos años después- lo que necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que como indemnización de responsabilidad patrimonial de la Administración se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. La competencia para resolver



la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo (por todos, Dictámenes 1008/2005, de 1 de diciembre; 1134/2005, de 12 de enero de 2006; 59/2006, de 19 de enero; y 300/2006, de 23 de marzo), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

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

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

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

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



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

e) Ausencia de fuerza mayor.

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

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

5ª.- La interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Los hechos ocurrieron el día 2 de noviembre de 2002 y la parte reclamante presenta escrito con fecha 6 de mayo de 2005. No obstante, consta en el expediente una comunicación a la Gerencia de Emergencias Sanitarias por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social, fechada el 5 de mayo de 2004, en la que se informa del reconocimiento de la incapacidad permanente absoluta. No constando la fecha de notificación de la misma -la interesada, en su reclamación, hace constar como fecha de notificación el 20 de mayo-, se puede presumir razonablemente que fue en fecha posterior, por lo que estaría interpuesta en plazo.

6ª.- Entrando en el fondo del asunto, este Consejo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden del Director General de Administración e Infraestructuras, que conduce a desestimar la reclamación de la interesada.

A la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad



administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es la de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en la Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: “La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una ‘obligación de medios’, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica”.

En igual sentido se ha pronunciado el mismo Tribunal en otras Sentencias, tales como la de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000.

Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: “El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala que “aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir, si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por la Ley 4/1999, no son 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 existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración, dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex*



artis ad hoc como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, solo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc*, respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

Para determinar si existe una responsabilidad por parte de los servicios sanitarios, además de manifestar en primer lugar que en estos supuestos la carga de la prueba incumbe al reclamante, es preciso verificar si en el caso que nos ocupa existe una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido.

En cuanto a la carga de la prueba, cabe señalar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 20 de diciembre: "(...) el resultado de la prueba practicada no se logra acreditar que el daño causado sea consecuencia del actuar normal o anormal del servicio público de salud, sino de la propia gravedad de las lesiones sufridas, en las que el tratamiento dentro o fuera del centro hospitalario resultaba intrascendente y su resultado dependía más de la propia naturaleza del organismo que del tratamiento a aplicar ante las casi nulas posibilidades de curación, pues como ha declarado este mismo Tribunal en algún otro supuesto análogo en el que el daño causado no obedece al funcionamiento del servicio público, ni al actuar del personal que lo integra, sino a la gravedad de las propias lesiones, o a las dificultades presentadas espontáneamente durante una intervención quirúrgica durante la curación de las lesiones sufridas, no cabe exigir que se resuelvan siempre favorablemente ni daños ni menoscabo alguno cuando se han empleado los medios ordinarios para ello, pues la obligación del Servicio de salud y del personal a su servicio no es la de obtener siempre un resultado positivo sin daño, sino poner los medios y cuidados necesarios para curar con independencia de su resultado".

Por parte de la interesada no se ha logrado probar la relación de causalidad, únicamente manifiesta que existió una intoxicación de monóxido de carbono de la que resultaron las patologías posteriores. Sin embargo en el expediente administrativo se pone de manifiesto que ella siempre permaneció



en el exterior del local mientras trabajaban los bomberos. Por ello no existe un riesgo de una aspiración masiva de humo en un lugar abierto.

Sigue manifestando la interesada que la aspiración del monóxido de carbono se produjo durante la limpieza de los aparatos de la ambulancia. En este momento puede existir olor a humo, pero ya no lo hay puesto que no existe foco emisor. Por ello ya no se puede hablar de aspiración de monóxido de carbono y menos de intoxicación. Pueden existir determinadas partículas depositadas en los aparatos a limpiar y ser aspiradas durante la respiración, pero difícilmente pasan a los pulmones y tampoco participan del proceso de combustión, por lo que no pueden dar lugar a una intoxicación por aspiración de carbono.

Respecto a la relación de causalidad entre la pretendida intoxicación y la situación posterior de la interesada hay que tener en cuenta el informe emitido por los Dres. ggggg, mmmmm, fffff y ttttt. En el citado informe se manifiesta que: "En cuanto a la relación de causalidad entre el cuadro clínico de la paciente y la intoxicación por monóxido de carbono, en base a la documentación aportada no se puede establecer con claridad. Tampoco aparece acreditado que la inhalación de CO haya actuado como desencadenante del déficit de Piruvato Kinasa del que estaba diagnosticada. Esta afirmación la sustentamos en los siguientes fundamentos:

- No consta que la paciente estuviera expuesta a la inhalación de humo procedente del incendio, pues durante las labores de extinción y con posterioridad a las mismas no accedió al recinto en el que se encontraba la ambulancia siniestrada.

- No consta que presentara sintomatología neurológica hasta varios días después del episodio.

- Los niveles de CO en sangre parece que eran normales en su primera asistencia en urgencias.

- No consta que la paciente desarrollara datos de hemólisis que permitan confirmar la aparición de sintomatología en relación con su déficit de PK. Por otro lado no debemos olvidar que la paciente era heterocigota para



dicho defecto, lo que hace menos probable la aparición de sintomatología en relación con el mismo.

- No constan alteraciones en las enzimas musculares, por lo que resulta poco probable establecer la presencia de una mionecrosis o presencia de muerte de fibras musculares secundarias por intoxicación de CO. Tampoco se puede establecer el déficit PK como responsable de la alteración muscular, pues dicho déficit, como ya hemos señalado, produce alteraciones en los hematíes y no a nivel de otros grupos celulares.

- Respecto a la sintomatología de focalidad neurológica, no se asocia a ninguna lesión estructural visible ni en la TC ni en la RM, que como ya hemos comentado suelen presentar alteraciones en pacientes con intoxicación por CO en los que persiste la clínica.

Este Consejo considera que la causa de la sintomatología de la paciente no parece relacionarse con una supuesta inhalación de CO, que por otra parte no se encuentra acreditada. Del hecho y pese a todos los estudios realizados, continúa sin encontrarse una causa que explique el cuadro clínico de la paciente."

Por lo tanto no existe una relación de causalidad entre la pretendida intoxicación y las secuelas que presenta. Tampoco parece tener relevancia su déficit de Piruvato Kinasa, siendo la etiología de su cuadro clínico calificada como desconocida sin que por parte de la interesada se haya aportado ningún elemento de prueba sólido o informe clínico que apoye su tesis.

Tampoco consta que la interesada, que como enfermera de Emergencias tiene conocimientos sobre problemas médicos urgentes y riesgos tóxicos, solicitara asistencia médica ni manifestara alteraciones en su estado de salud.

Al respecto, podemos señalar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 16 de marzo de 2007, en la que se desestima el recurso presentado por una denegación de indemnización por deficiente asistencia sanitaria prestada con ocasión de las lesiones sufridas en una de las rodillas, a consecuencia de un accidente no laboral, al no existir nexo causal pues no hay una vulneración de la *lex artis* ya que el agravamiento de las lesiones sufridas y descubiertas con posterioridad al primer reconocimiento



médico no son fruto del accidente sino que responden al agravamiento de lesiones preexistentes al mismo y fruto de la enfermedad sufrida. Dice así en su fundamento de derecho tercero: "por ello, no constando que la causa del accidente fuera un traumatismo directo sobre la rodilla, sino un forzamiento de la articulación, fue correcto el diagnóstico inicial de esguince de rodilla; sólo 18 días después, ante las sospechas de lesión de menisco, se le practica una RNM, que tampoco reflejó lesión alguna en las estructuras de la rodilla izquierda. No será hasta marzo de 2001, cuando se aprecie a la exploración una tumoración en cara lateral de la patela, compatible con una condrocalcinosis o una osteocondritis disecante, que determina la posterior intervención quirúrgica; cirugía ésta que afecta a una falta de alineación de su aparato extensor de la rodilla -que es constitucional del paciente y previo a sus lesiones- y a una lesión osteocondral, que no aparece hasta después de marzo de 2001 y que no puede atribuirse a un traumatismo indirecto en la rodilla, pues hubiera aparecido en la RNM que se le practicó 18 días después del accidente, sino que su causa puede ser de etiología no traumática o por un traumatismo posterior al de noviembre de 2000 y favorecido por su cuadro previo (patela alta, hiperpresión rotuliana e insuficiencia de cuádriceps), ya que con la constitución del paciente un simple movimiento puede favorecer una luxación. En consecuencia, y según concluye dicho facultativo, el diagnóstico y tratamiento de los facultativos de la Mutua que asistieron al actor, fue correcto y ajustado a la *lex artis* y no fue determinante de la prolongación de la asistencia y tratamiento, pues se trataba de dos dolencias diferenciadas: de un lado el esguince y de otro la patología posteriormente detectada, ya que la condrocalcinosis requiere de un tiempo prolongado para que se produzca, concretamente meses o incluso más de un año".

En cuanto a lo manifestado por la interesada en su escrito de reclamación (que las secuelas sufridas lo son a causa de un accidente laboral y que no se habían adoptado las medidas de prevención adecuadas), tenemos que manifestar en primer lugar que, aunque los hechos hayan tenido lugar en el desempeño de sus funciones y así lo hayan podido manifestar los Juzgados de lo Social, no supone sin más una responsabilidad extracontractual de la Administración, pues para ello es preciso, tal y como venimos manifestando, que exista una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y los daños producidos.



No obstante, debe hacerse una referencia a las normas de prevención. En el expediente administrativo se pone de manifiesto que en todo momento se ha cumplido con las normas de prevención de riesgos laborales. Al respecto debemos citar el informe de la Gerencia de Emergencia Sanitaria, en el que se manifiesta que nunca existió una falta de medidas de prevención de riesgos laborales, que la Inspección de Trabajo no ha presentado ningún informe en el que deje constancia de deficiencias, desidias, incumplimientos u omisiones de la Gerencia de Emergencia Sanitarias de SACYL, ni del profesional médico que estuvo al frente de las actuaciones. No se han remitido desde ninguna de las nueve provincias que componen la Comunidad Autónoma de Castilla y León por parte de la Inspección de Trabajo, ningún informe negativo en el que se evidencia deficiencias en materia de prevención de riesgos laborales.

Por lo tanto no existe ninguna relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño sufrido por la interesada. No se infringieron en ningún momento las medidas de prevención de riesgos laborales y la asistencia sanitaria se prestó conforme a los criterios de la "*Lex artis ac hoc*", por lo que la Administración no debe responder.

III CONCLUSIONES

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyyy, en nombre y representación de Dña. xxxxx, debido a un accidente laboral de la Unidad Medicalizada de Emergencias de xxxxx.

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