



Consejo Consultivo de Canarias

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

La Laguna, a 23 de marzo de 2000.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Presidente del Gobierno de Canarias en relación con *la Propuesta de Orden resolutoria del expediente de reclamación de indemnización, formulada por C.C.A.S. en representación de M.M.S.T., como consecuencia de los presuntos daños derivados de la asistencia sanitaria prestada durante su embarazo en el Centro de Salud de Barrio Atlántico (EXP. 75/1999 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Presidencia del Gobierno, es una Propuesta de Resolución (PR) de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un organismo autónomo de la Administración autonómica. De la naturaleza de dicho procedimiento se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen, según los arts. 11.1 y 10.6 de la Ley del Consejo Consultivo, en relación este último precepto con el art. 22.13 de la Ley Orgánica 3/1980, de 21 de abril, del Consejo de Estado y con el art. 12 de Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

---

\* PONENTE: Sr. Reyes Reyes.

## II

Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

El hecho lesivo por el que se reclama, la frustración de un embarazo que se imputa a la deficiente asistencia sanitaria, fue conocido el 7 de abril de 1997, fecha en la que la realización de una ecografía permitió establecer la muerte fetal. La reclamante recibió el alta médica el 9 de abril de 1997, fecha, por tanto, de la curación a la que hay que atenerse para el cómputo del plazo de prescripción del derecho a reclamar (art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LPAC). La reclamación se presentó el 8 de abril de 1998. Por consiguiente, no se puede calificar de extemporánea.

En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que obsten un Dictamen de fondo.

## III

Los hechos relevantes acreditados a través de los medios probatorios practicados en la instrucción del procedimiento son los siguientes:

a) La reclamante, cuyo embarazo era atendido en su centro de salud, acudió el 20 de diciembre de 1996 a la consulta del obstetra del SCS que le correspondía y le refirió que el día anterior había sangrado una gota más un coágulo sin que se hubiera vuelto a repetir esta incidencia. El obstetra le prescribió reposo relativo.

b) El 8 de enero de 1997 se le practicó una ecografía con resultados normales en el Hospital Materno Infantil. El 13 de enero acude al servicio de urgencias del mismo Hospital por sangrado escaso. A la exploración presenta un útero cuyas dimensiones corresponden a la edad gestacional del feto, y se le recomienda el control por su tocólogo de zona. Esta incidencia es consignada en la cartilla maternal de la embarazada.

c) El 20 de enero de 1997 asiste a control por la comadrona de su centro de salud. En el escrito de reclamación se afirma que en esta revisión no se oye el latido cardíaco del niño.

Tanto en el protocolo de la comadrona como en la cartilla maternal consta el registro positivo de la frecuencia cardiaca fetal.

Se debe destacar que si se hubiera demostrado esta afirmación, entonces quedaría excluida la responsabilidad del SCS ya que evidenciaría que la muerte fetal, que es acusada por la inexistencia de latido cardíaco, se produjo al margen de cualquier posible irregularidad en la asistencia sanitaria que hasta ese momento se le había prestado correctamente.

d) En el siguiente control, el tres de marzo de 1997, que le realiza la comadrona, ésta consigna en la cartilla maternal frecuencia cardiaca fetal positiva y la duda de que la altura del fondo del útero no correspondiera a la edad gestacional del feto. El informe pericial señala que el incremento de peso de la gestante era adecuado.

El 21 de ese mismo mes acude a la consulta de su obstetra del centro de salud, el cual a la exploración constata -como así consigna en la cartilla maternal- que la altura del fondo del útero alcanza sólo 21 centímetros mientras que la edad gestacional es más o menos de 30 semanas.

En el informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno Infantil se expresa que el retraso de crecimiento intrauterino se puede determinar clínicamente por la diferencia entre la altura uterina y la edad gestacional. En el informe pericial se describe la técnica de medición de la altura del fondo uterino que no requiere más instrumento que una cinta de sastre.

En ese mismo informe pericial se indica que, según las curvas de crecimiento de la altura del fondo uterino elaboradas para nuestra población por el Hospital Materno Infantil, a las 31 semanas esa altura oscila entre 31 y 36 cms. aproximadamente; y que si la medida de esa altura en una gestante difiere en más de 2 cms. de la altura esperada, es indicio de crecimiento intrauterino retrasado, por lo que los 21 cms. registrados por el obstetra de la reclamante corresponden según dichas curvas a una gestación de 19-20 a 23 semanas, por lo que ese dato de 21 cms. debió obligar a que se sospechara la existencia de un retraso en el crecimiento intrauterino. El Informe de la Inspector-Médico en el mismo sentido afirma que la distancia en centímetros desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino en una gestación de 31 semanas varía desde 27 a 30 cms. y que en este caso la discrepancia entre dicha altura y la

edad gestacional constatada en la visita de 21 de marzo de 1997 debió aconsejar la práctica de ecografía.

El informe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Materno-Infantil afirma que ante un diagnóstico de crecimiento intrauterino retardado la gestación se debe considerar de alto riesgo y obliga a la realización exhaustiva de controles del estado fetal.

El informe médico-pericial coincide en ello y detalla que ante la sospecha de un retraso en el crecimiento intrauterino se debe practicar lo antes posible una ecografía obstétrica para determinar la biometría fetal; una valoración del índice de líquido amniótico (ILA) y un estudio Doppler en arteria umbilical y eventualmente en la cerebral media y renal fetales, con lo que se puede diagnosticar el retraso en el crecimiento intrauterino y determinar el flujo sanguíneo en las zonas indicadas. Señala igualmente que el embarazo se debe calificar de alto riesgo obstétrico (ARO) y someterse a controles exhaustivos de crecimiento y bienestar fetal mediante ecografías seriadas para valorar su desarrollo y el ILA, se buscarán malformaciones asociadas al retraso en el crecimiento; se podrá practicar una funiculocentesis con objeto de determinar el cariotipo fetal y se realizará análisis tales como hemograma, bioquímica, equilibrio ácido-base (...); también se hará un "test no estresante" (TNE) y/o un perfil biofísico y se registrarán los movimientos fetales por parte de la embarazada. Todas estas pruebas, afirma el perito en obstetricia, nos darán una idea de cómo va transcurriendo la vida intraútero al objeto de poder actuar en el momento indicado; actuación que consistirá en proceder a la terminación del embarazo tan pronto como se alcance la madurez pulmonar o bien cuando el deterioro del feto haga suponer que los riesgos de un parto antes del término son menores que su permanencia en el útero.

Está establecido por los informes médicos que una altura de fondo uterino es indicio de retraso en el crecimiento intrauterino (CIR); como está igualmente establecida la *lex artis* o actuación médica debida ante dicho indicio.

Sin embargo, el obstetra del Servicio Canario de Salud no solicitó la práctica de una ecografía para corroborar o descartar si existía ese retraso y poder actuar en consecuencia, sino que se abstuvo de toda actuación terapéutica dejando a su libre curso la evolución intrauterina.

Así lo expresa el Informe del Servicio de Inspección, de 27 de octubre de 1998, cuyo apartado 3 reza así: "Respecto de la actuación del Dr. G.C. su proceder el 21 de marzo de 1997 parece incorrecto por no haber tomado la decisión de calificar como de alto riesgo el embarazo, lo que habría supuesto una atención de control más estricto".

Esta conducta determinó la apertura del expediente disciplinario 2/99 a dicho especialista, que concluyó con la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos del SCS nº 3694, de 1 de diciembre de 1999, la cual en su antecedente tercero reproduce el tenor literal del pliego de cargos que rezaba así: "Ud. como Obstetra en el C.A.E. Las Palmas, atendió el día 21 de marzo de 1997, a M.M.S.T., primigesta con 31, 4 semanas de gestación, señalando en la columna útero (cm) de la página 5 de la cartilla maternal, una A.F.U. de 21 cm., F.C.F. positiva.

Según las curvas de crecimiento de la A.F.U. elaboradas para nuestra población, a las 31 semanas la A.F.U. oscila entre 31-36 cm. aproximadamente. Este dato debió hacer sospechar un crecimiento intrauterino retardado (C.I.R.) debiéndose incluir en la categoría de embarazo de alto riesgo y someterlo a controles exhaustivos de crecimiento de crecimiento y bienestar fetal, medidas no adoptadas por Ud." .

Además, declara como hechos probados: "De las actuaciones practicadas en el expediente, se concluye la confirmación como hechos declarados probados, los imputados en el pliego de cargo, esto es, que la asistencia sanitaria prestada a M.M.S.T., fue deficiente, no utilizándose las medidas disponibles actualmente para el correcto control de su gestación".

Por último, en su fundamento jurídico quinto expresa que: "Los hechos probados son constitutivos de una FALTA GRAVE, tipificada en el artículo 66, apartado 3, letra c, del Estatuto de aplicación, y definida como, "El incumplimiento de los deberes específicos con perjuicio sensible para el Servicio".

En coherencia, impone una sanción de un mes de suspensión de empleo y sueldo.

e) El 7 de abril de 1997, con 34 semanas de gestación, la reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil por "un dolor en fosa renal izquierda de tipo cólico y vómitos". La exploración clínica y la ecografía detectan útero menor que amenorrea y ausencia de latido cardíaco fetal y otros signos de muerte fetal, por lo que se induce el parto que transcurre normalmente dando a luz

un recién nacido muerto cuyo peso y medida correspondían a una edad gestacional de 26 semanas de edad, lo cual es compatible con un crecimiento intrauterino retardado. La placenta estaba histológicamente inmadura presentando un infarto que afectaba al 50% de su volumen.

## IV

La propuesta de resolución, en su fundamento de Derecho V, afirma: "El pronóstico final de un embarazo con un infarto placentario del 50% con un feto de 734 gramos es de muy escasa probabilidad de supervivencia, y en caso de supervivencia con una alta morbilidad (alta incidencia de enfermedades y/o complicaciones). Esto supone que aun en el caso de que las actuaciones de la sanidad pública hubieran sido distintas, los resultados desgraciadamente serían los mismos".

El mismo Fundamento concluye: "(...) sólo existe una duda que se plantea respecto a qué hubiera ocurrido si el embarazo se hubiera calificado de alto riesgo y se hubiera controlado como tal. Sin embargo, esta duda, basada en presunciones, que exigen la prueba concluyente del hecho indiciario, está en absoluta contradicción con los otros medios de prueba, en cuanto que todos los informes coinciden en que no se puede afirmar que, en caso de haberse adoptado esas medidas que fallaron, se habría evitado la muerte fetal, puesto que no existe tratamiento para el crecimiento intrauterino retardado".

Estas argumentaciones son entre sí contradictorias porque no conducen a la obtención de proposiciones concordantes. Por un lado se parte de la consideración de que, si se hubiera actuado médicamente de otra manera -conforme a la *lex artis* para los embarazos de alto riesgo-, el resultado de la muerte fetal habría sido ineluctablemente el mismo. Y por otro lado se sostiene que si se hubiera actuado conforme a esa *lex artis*, no se puede afirmar que en todo caso se habría salvado el *nasciturus*. Las dos afirmaciones, pues, se excluyen mutuamente. Una de dos: O es indiferente que se actúe conforme a la *lex artis* para ese tipo embarazos porque en todo caso advendrá la muerte fetal; o, en caso de que se actúe según ella, hay probabilidades tanto de muerte como de supervivencia del *nasciturus*.

Estos dos razonamientos no sólo se contradicen entre sí, sino también a todos los informes médicos obrantes en el expediente:

Una cuestión es que la ciencia desconozca las causas por las que en determinados casos se produce una involución placentaria y carezca de medios para evitar el consiguiente retraso en el crecimiento intrauterino; y otra cuestión diferente es que ante esa patología obstétrica carezca de medios terapéuticos para intentar salvar al *nasciturus*.

Todos los informes médicos coinciden en que esos medios terapéuticos existen y que consisten en recomendar reposo a la madre y realizar el control correspondiente a los embarazos de alto riesgo obstétrico (ecografías, analíticas, etc.), para poder seguir el estado de bienestar maternal y fetal, con el fin de decidir, en atención a las alteraciones o riesgos de dicho estado, el momento en que, alcanzada una edad gestacional suficiente para que sea posible la supervivencia extrauterina, se debe provocar el parto antes de su término natural de 36 semanas.

Como expresa el informe médico pericial: "Se deberá proceder a la terminación del embarazo tan pronto como se alcance la madurez pulmonar o bien cuando el deterioro del feto haga suponer que los riesgos de un parto antes del término son menores que su permanencia intraútero". En el mismo sentido, el Informe de 31 de julio de 1998, de la Inspector Médico: "La conducta obstétrica ante una insuficiencia placentaria debe ser la vigilancia y la terminación del embarazo en cuanto éste tenga garantías de viabilidad. El único tratamiento es esperar a la madurez del feto con reposo y provocar un parto muy vigilado o bien una cesárea electiva".

Aun actuando así no se puede garantizar en todo caso la supervivencia ni la ausencia de patologías de diversa naturaleza en el recién nacido. Si se produjeran ésta o el óbito intrauterino o intra o postparto, su causa se deberá a los avatares y riesgos que acompañan a la gestación humana y que el estado actual de la ciencia no puede conjurar. Pero es igualmente cierto que también es posible que el nacido antes de término sobreviva sana y felizmente y que no presente ninguna de las patologías ligadas a su azarosa gestación y difícil parto, y que, de presentar alguna o algunas, sean eliminadas o paliadas por la ciencia médica. Lo que sí está fuera de duda, según los informes médicos, es que un crecimiento intrauterino retardado de tipo I o armónico, como el de este caso (Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Informe pericial) dejado a su propia evolución, termina en el tipo II o disarmónico o asimétrico, tipo de retraso de crecimiento que lo conducirá a una muerte difícilmente evitable.

En este fundamento V se termina concluyendo que "la causa determinante de las anomalías que padecía el feto y que le originó su muerte no fue la actuación sanitaria" porque "el origen del crecimiento intrauterino retardado y subsiguiente muerte fetal es *endógeno* o propio de la biología y no consecuencia de la actuación del tocólogo y la comadrona".

De ahí derivan en definitiva las argumentaciones de la PR sobre la ausencia de nexo causal entre la lesión por la que se reclama y el funcionamiento del servicio público de salud, y que se concretan ya en el fundamento VII en la falta de "dato alguno que acredite que la actuación del servicio público sanitario, durante todo el proceso de embarazo pudo ser la causa de dichos daños, pudiendo sostener como ya quedó expuesto y a modo de conclusión, que el mismo no fue causado por una mala asistencia sanitaria (lo que excluye la responsabilidad por funcionamiento anormal del servicio público de sanidad) ni fue concreción de un riesgo que este servicio público genere (lo que excluye, en su caso, la responsabilidad objetiva por funcionamiento normal del servicio público de sanidad), sino que existe incertidumbre en cuanto a la etiología [varios factores que pueden actuar conjunta o separadamente: desprendimientos placentarios, envejecimientos placentarios (...)] lo que unido a la escasez de alternativas terapéuticas rompen totalmente el nexo causal entre la actuación de la asistencia sanitaria y el desgraciado evento que ocurrió".

Dicha conclusión contenida en la PR nos suscita las siguientes consideraciones:

En el establecimiento de la relación de causalidad son decisivos los criterios jurídicos. Un hecho es causa de otro si, de no haberse producido el primero, necesariamente no habría acaecido el segundo. A su vez, para la producción de ese hecho causal ha sido condición necesaria otro hecho. Todo hecho es producto de una concatenación de causas. Pero los hechos integrantes de una serie causal no revisten a efectos jurídicos la misma relevancia. Después de establecer la serie de condiciones que llevan a la producción de un resultado dañoso, lo cual es una operación empírica que se realiza conforme a criterios gnoseológicos y de experiencia, es necesario imputar a una de ellas el resultado lesivo. Esta última es ya una operación jurídica, porque consiste en determinar mediante criterios jurídicos si el resultado desde el punto de vista del ordenamiento es objetivamente atribuible a un sujeto. Así, aunque en la serie causal de un hecho lesivo se inserte una actividad administrativa como *conditio sine qua non* de un resultado lesivo, si en la producción



de éste es determinante un evento ajeno al ámbito de las previsiones típicas de esa actividad, el ordenamiento imputa objetivamente a este hecho, calificado de fuerza mayor, la producción del daño, con lo que no existe jurídicamente nexo causal entre el daño y el servicio ni, por ende, antijuridicidad ni sujeto a quien atribuir la obligación de repararlo.

La misma operación jurídica hay que realizar cuando se trata de establecer la relación de causalidad entre un hecho lesivo y la inactividad u omisión de un servicio público, es decir, cuando un daño se produce porque el servicio público no ha actuado aunque el ámbito de su funcionamiento comprendía la obligación de actuar para evitar ese daño.

Como se dijo en nuestro Dictamen 67/1996, de 17 de septiembre, "El fundamento de la responsabilidad objetiva de la Administración por el funcionamiento de los servicios públicos se encuentra en los riesgos que éste engendra, de modo que si la comunidad se beneficia de dicho funcionamiento ha de reparar los daños que la concreción de esos riesgos irroque de una manera particularizada, que exceda de los riesgos de la vida social, a uno de sus miembros y que además éste no tenga el deber jurídico de soportar.

En el caso del funcionamiento del servicio público de la sanidad se ha de considerar, por un lado, que se dirige a proporcionar unos medios para prevenir o curar la enfermedad, pero sin garantizar sus resultados, porque la medicina no ha alcanzado el grado de perfección que le permita la curación de todas las enfermedades y la evitación de la irreversibilidad de los estados patológicos ligados al devenir de la vida humana.

La obligación de los servicios de salud es una obligación de actuar, sin que incluya la de responder en términos absolutos por las consecuencias de la actuación sanitaria; porque, hoy por hoy, no se puede garantizar la recuperación de la salud, sino tan sólo asegurar que se emplean todas las medidas conocidas para intentarlo. El funcionamiento de dicho servicio consiste en el cumplimiento de una obligación de medios, no de resultados.

Por tanto, no basta que en el funcionamiento de dicho servicio no se hayan obtenido unos resultados insatisfactorios para los usuarios, sino que esos resultados sean la concreción de un riesgo específico creado por el funcionamiento del servicio

y que, además, sean antijurídicos en el sentido que no exista un deber jurídico para aquéllos de soportarlo.

Por ello, no son riesgos específicos creados por el establecimiento y funcionamiento de los servicios públicos sanitarios los ligados a la irreversibilidad de estados patológicos, al carácter limitado de los conocimientos de la ciencia médica y a la manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos, o a los riesgos conocidos que generan pero que se asumen, porque su probabilidad de plasmación es más o menos remota y es mayor la probabilidad de obtener resultados positivos".

En el presente supuesto ha quedado patentizado a través de la prueba practicada que sobre el funcionamiento del servicio público de salud pesaba la obligación de, ante la discrepancia entre altura del fondo uterino y edad gestacional, realizar la actuación terapéutica que describen los informes médicos obrantes y que se recogen en el apartado e) del Fundamento III de este Dictamen.

Está establecido que esa actuación se omitió. Si se hubiera prestado la actuación médica debida, el resultado tanto se habría evitado como lo contrario; en este último caso no respondería el servicio público de salud porque el ámbito de su funcionamiento comprende el prestar asistencia sanitaria, no garantizar su éxito. La inactividad terapéutica, determinada en este caso como impropia de la *lex artis*, ya supone un funcionamiento anormal del servicio, con independencia del alcance que merezca el grado de la relación de causalidad respecto a la producción del resultado lesivo sobrevenido, por lo que no puede esa inactividad terapéutica dejar de ser considerada como causa eficiente del resultado.

Siendo causa del hecho lesivo, el SCS debe responder patrimonialmente por sus consecuencias dañosas, porque sobre él pesaba la obligación de proporcionar los medios y la asistencia para evitarlo, y el incumplimiento de esa obligación no puede definirse como indiferente por el hecho de que, aun prestando la asistencia debida, existía la posibilidad de que el daño se hubiera producido igualmente.

## V

De lo expuesto en el Fundamento anterior se deriva derechamente la inconsistencia de los Fundamentos VI y VII de la Propuesta de Resolución que afirman, respectivamente, que por el resultado lesivo no se debe responder porque

el riesgo de que se produjera la muerte fetal no fue generado por el SCS; y que la reclamante no ha demostrado que la muerte fetal se debe exclusivamente a una mala práctica médica en el tratamiento del embarazo. La omisión de la asistencia médica debida permitió que con toda seguridad se realizara el riesgo de muerte fetal y esa omisión, precisamente por ello, constituye un supuesto de mala praxis médica.

También carece de consistencia la afirmación de que la atribución de responsabilidad al SCS "sería más contestable aun para los daños psíquicos en base a la no demanda de recursos asistenciales para su atención" por las siguientes razones:

El dolor anímico o sufrimiento psicológico psíquico es tan inherente a la vida humana como sus contrarios el bienestar psíquico, la tranquilidad de ánimo o la alegría. Que una persona sufra no significa que esté enferma y que necesite de la asistencia sanitaria de los servicios públicos de salud. El dolor moral por sufrir una enfermedad, por la muerte de un ser querido, por la pérdida de un futuro hijo o por cualquier otro infortunio es una característica de la vida psíquica humana, es rasgo de humanidad, no patologías psicológicas o psiquiátricas a las cuales haya de atender el servicio público de salud. Lo patológico e inhumano sería no sufrir moralmente en estas circunstancias. Por ello, quien sufre un menoscabo físico, o pierde un ser querido de su círculo de convivencia o al hijo que esperaba, no tiene que demostrar que ha sufrido moralmente, no tiene que probar la existencia de daños psíquicos. Como son rasgos de humanidad se presume su concurrencia en toda persona que pase por estos trances. Por esta razón el art. 142.5 LPAC comprende bajo el concepto daños a las personas tanto los físicos como los psíquicos, y el art. 1.2 y el apartado 1.7 del Anexo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguros en la Circulación de Vehículos a Motor, LRCV (Texto refundido aprobado por el Decreto 632/1968, de 21 de marzo y modificado por las Leyes 30/1995, de 8 de noviembre y 50/1998, de 30 de diciembre, DD.AA. VIIIª y XVª respectivamente) incluye en toda indemnización por daños a las personas también la correspondiente a los daños morales.

## VI

Por todo lo expuesto procede indemnizar a la reclamante. Para la determinación de la cuantía indemnizatoria el art. 141.2 LPAC con carácter general remite a los criterios de valoración de la legislación de expropiación forzosa, fiscal y demás

normas aplicables al caso, ponderándose en su caso las valoraciones predominantes en el mercado.

Ni la legislación de expropiación forzosa ni la legislación fiscal proporcionan criterios de valoración para la reparación de daños personales. Los arts. 1.902 y 1.106 del Código Civil tampoco. La vida y la salud son *res extra commercium*. Los criterios legales existentes de aplicación analógica para su determinación son los del Anexo de la Resolución de la Dirección General de Seguros de 22 de febrero de 1999, a los que hay que atenerse en aplicación de lo prevenido en el art. 141.3 LPAC.

Está acreditado por la documentación clínica obrante en el expediente que la reclamante era primigesta y que la muerte fetal acaeció entre la 32 y 34 semana de gestación lo que supone como mínimo 8 meses, y la estancia hospitalaria duró tres días. Dadas estas circunstancias (ausencia de hijos anteriores, ocho meses de embarazo), la indemnización a satisfacer ha de calcularse aplicando la Tabla IV del citado Anexo.

Consecuentemente con lo expresado, la PR no se considera ajustada a Derecho, lo que comporta en este caso la aplicabilidad de lo dispuesto en el art. 20 k de la Ley 1/1983, de 14 de abril, del Gobierno y de la Administración Pública de esta Comunidad.

## C O N C L U S I O N E S

1. La propuesta de resolución no es conforme a Derecho.
2. Procede indemnizar a la reclamante conforme a lo señalado en el Fundamento VI.