Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 5 1 / 2 0 0 9

(Sección 2ª)

La Laguna, a 14 de octubre de 2009.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.E.D., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 518/2009 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, consiste en la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma. La naturaleza de este procedimiento determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo [arts. 11.1.D.e) y 12.1 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto citado con el art. 12, de carácter básico, del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el ámbito de la asistencia sanitaria pública debida a la reclamante, ésta, a cuenta y cargo del Servicio Canario de la Salud, por adolecer de *hallux valgus* en el pie derecho, fue operada, el 28 de mayo de 1996, en un centro sanitario privado concertado con el Servicio Canario de la Salud, es decir, con una empresa privada que mantenía un concierto sanitario con éste.

---

[*] **PONENTE: Sr. Suay Rincón.**

2. Los conciertos sanitarios cuya regulación específica se encuentra en el art. 90, de carácter básico, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) pertenecen al género del contrato administrativo típico denominado concierto para la gestión indirecta de los servicios públicos que se encontraba ya contemplado en la Base X.1 de la Ley 198/1963, de 28 de diciembre, de Bases de Contratos del Estado (LBCE) y en el art. 66 del Texto Articulado que la desarrollaba (aprobado por el Decreto 923/1965, de 8 de abril); y que actualmente se define de manera idéntica en el art. 253.c) de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público (LCSP).

3. Esta naturaleza del concierto sanitario como un contrato de gestión indirecta de los servicios públicos implica que, para todo aquello que no regule el art. 90 LGS, habrá que acudirse a la legislación de contratación pública.

El art. 90 LGS guarda silencio sobre el régimen de la responsabilidad patrimonial derivada de la ejecución del concierto. De ahí que, como se señaló de suso, se haya de acudir a la legislación general de contratación administrativa que, como se ha visto, en este caso está representada por la LCAP.

La causación del hecho lesivo la interesada la imputa a la intervención quirúrgica que se le realizó el 28 de mayo de 1996 en el centro sanitario privado en virtud de un concierto existente en esa fecha. Ello determina que le sea aplicable la legislación de contratos administrativos vigente en esa fecha (disposición transitoria primera LCSP; disposición transitoria primera del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, TRLCAP, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio; disposición transitoria única de la Ley 53/1999, de 28 de diciembre, por la que se modifica la Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas), cuya norma de cabecera era la citada Ley 13/1995, de 18 de mayo, de Contratos de las Administraciones Públicas, LCAP. Por ello serán sus preceptos los que se citen, aunque su contenido sea idéntico a las normas que le han sucedido.

La disposición adicional duodécima de la Ley 4/1999, de 13 de enero, por la que se modifica la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC) establece que: "*La responsabilidad patrimonial de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los Centros Sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con*

ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones, seguirán la tramitación administrativa prevista en este Ley, correspondiendo su revisión jurisdiccional al orden contencioso-administrativo en todo caso".

III

1. La reclamante, por presentar un *hallux valgus* en el pie derecho fue intervenida quirúrgicamente el 28 de mayo de 1996. La paciente alega que esta operación la dejó en peor estado porque le causó un *hallux rigidus*.

El escrito de reclamación se presentó el 10 de marzo de 2004. El art. 142.5 LRJAP-PAC establece que el plazo de un año para la prescripción de la acción para reclamar empieza a contarse, en el caso de daños físicos, desde la curación o desde que se determine el alcance de sus secuelas. La fecha de la curación o de esa determinación la proporciona normalmente la fecha del alta médica. En el expediente no figura la correspondiente al proceso quirúrgico por el que reclama la interesada, debido a que la historia clínica, que por su causa abrió el centro concertado, fue destruida por la inundación que anegó la ciudad de Santa Cruz de Tenerife en el año 2002. Empero, en el expediente constan varios escritos de reclamaciones en el ámbito sanitario (el primero de 30 de abril de 2001, el segundo de 11 de junio de 2001, el tercero de 21 de noviembre de 2003) donde la paciente se queja del resultado de la operación porque le ha causado la minusvalía del pie derecho y en los dos primeros solicita una segunda opinión médica.

El Servicio Canario de la Salud para la emisión de esta segunda opinión médica la remitió al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Canarias donde fue examinada preliminarmente el día 13 de febrero de 2003, y se le solicitaron radiografías del pie derecho, a cuya vista fue emitido por el traumatólogo que la atendió un informe médico de fecha de 28 de marzo de 2003.

Únicamente a partir de esta fecha la paciente tuvo conocimiento médico del alcance de las secuelas, y de su estabilización y de sus alternativas terapéuticas.

El cómputo del plazo de prescripción para el ejercicio de la acción *ex* art. 139.1 LRJAP-PAC, comienza, según el art. 142.5 LRJAP-PAC, desde el momento en que resulta posible su ejercicio por conocerse en sus dimensiones fácticas y jurídicas el alcance de los perjuicios sufridos. Únicamente cuando concurren los dos elementos del concepto de lesión, el daño y la comprobación de su antijuricidad, puede ejercerse la acción (*actio nata*) y por ello sólo a partir de ese momento empieza a

correr el plazo para su prescripción. El primer documento médico que existe en el expediente informando a la paciente de sus lesiones es ese informe médico datado el 28 de marzo de 2003.

Por esta circunstancia el término del plazo de prescripción se situó en el 29 de marzo de 2004, en virtud del art. 48.2 LRJAP-PAC. El escrito de reclamación se presentó el 10 de marzo de 2004; en consecuencia, la acción no es extemporánea.

2. Según el art. 13.3 RPAPRP, en relación con los arts. 42.2 y 47 LRJAP-PAC, el plazo máximo para la tramitación de este procedimiento es de seis meses, los cuales se han sobrepasado desmesuradamente a esta fecha, pues su tramitación se ha prolongado más de cinco años y ocho meses. A pesar de ello, no hay obstáculo a dictar la correspondiente resolución, es más, los arts. 42.1 y 43.1 y 4.b) LRJAP-PAC le imponen a la Administración el deber de resolver expresamente aunque se haya infringido el plazo legal.

3. Salvo la infracción señalada en el apartado anterior, en la tramitación del procedimiento se han observado las prescripciones que lo regulan. En particular, se ha emitido el informe del servicio a cuyo funcionamiento se imputa la causación del daño, se ha practicado la prueba propuesta por la interesada y se le ha dado vista del expediente para que presente las alegaciones finales antes de redactar la Propuesta de Resolución, y el Servicio Jurídico ha emitido informe sobre ella.

IV

1. La reclamante alega que, como consecuencia de la intervención quirúrgica para remediar el *hallux valgus* que presentaba en el pie derecho, se le ocasionó un *hallux rigidus* que constituye una lesión permanente que le causa la claudicación del miembro inferior derecho, su inflamación y dolor continuo en el pie derecho.

2. Según los informes suscritos por una facultativa, del Servicio de Inspección y Prestaciones, de 23 de mayo de 2008 y de 14 de agosto de 2008, obrantes, respectivamente, en los folios 186 a 189 y en el folio 301, y que se recogen literalmente en los fundamentos cuarto y quinto de la Propuesta de Resolución, el *hallux valgus* es una deformidad del pie consistente en la desviación del dedo gordo hacia los otros dedos a los cuales deforma de modo secundario. Esta patología afecta en mayor o menor grado a ambos pies. La desviación del dedo gordo origina además una prominencia que con gran frecuencia se inflama y en ocasiones se infecta y ulcera causando mucho dolor. Igualmente origina callosidades dolorosas en los otros dedos y en la planta del pie y deformidad en flexión de los dedos adyacentes.

La cirugía del *hallux valgus* de la paciente consistió en la resección de la exostosis y de la base de la primera falange con el objetivo de aliviar el dolor, corregir la deformidad del dedo, prevenir el dolor en la planta del pie, evitar la aparición de otras deformidades y mejorar la marcha. La corrección de la deformidad conlleva una limitación del movimiento de la articulación metatarso-falángica del dedo intervenido. [Exostosis: "*Crecimiento óseo benigno que sobresale al exterior de la superficie de un hueso, cubierto característicamente por cartílago*". VV.AA.: Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland, Ed. McGraw – Hill – Interamericana de España. Madrid, 1992. Traducción de la vigesimoséptima edición en inglés. Volumen I, pg. 658. En adelante citado como DORLAND].

Después de la operación quirúrgica, a la paciente se le prescribió un tratamiento rehabilitador que inició el 3 de julio de 1996. De ochenta sesiones pautadas sólo acudió a dieciséis con ausencias esporádicas y abandonó las sesiones por decisión propia el 31 de julio de 1996, según resulta de las fichas de tratamiento fisioterápico obrantes en su historia clínica.

A raíz de su petición de una segunda opinión facultativa fue valorada en el año 2003 en el Hospital Universitario de Canarias por un traumatólogo de su Servicio de Traumatología que emitió el informe, de 28 de marzo de 2003, donde se le diagnostica en el pie derecho. *Hallux rigidus* y se objetiva artrosis metatarsofalángica. Movilidad de treinta grados sin dolor, dolor a la palmación plantar y se le aconseja artrodesis y resección de primera falange por cirugía.

El *Hallux rigidus* es una deformidad en la articulación ubicada en la base del primer dedo del pie. *Hallux* se refiere al dedo y *rigidus* expresa una rigidez en el dedo que impide el movimiento. Esta patología consiste en una artrosis primaria de la articulación matatarsofalángica del primer dedo en el que pueden formase osteofitos dorsales prominentes en la base de la falange y sobre la cabeza del metatarsiano. Causa dolor y rigidez en el dedo impidiendo cada vez más su movimiento y puede ir acompañada de una inflamación importante.

La etiología del *Hallux rigidus* es debatida. Muchos autores han indicado factores que predisponen su aparición como cabeza metatarsiana aplanada, un primer metatarsiano largo o con flexión dorsal, deformidades congénitas, pie plano, pie pronado, uso impropio del calzado, etc. Pero también el *Hallux rigidus* puede ser producido por una intervención quirúrgica de *Hallux valgus* aunque se haga correctamente, por lo que es un riesgo típico de esa cirugía. Sin embargo la

facultativa no explica cuáles son las causas por las que una operación de *Hallux valgus* provoca la aparición de un *Hallux rigidus*.

La facultativa no descarta que en la causación de la patología haya interferido el abandono de la fisioterapia por la paciente, pero tampoco explica el proceso por el que este abandono pudo coadyuvar al surgimiento de aquélla.

3. El informe, de 28 de marzo de 2003, del traumatólogo del Hospital Universitario de Canarias (folio 159) expresa:

"Acude con Rxs [radiografías], apreciándose artrosis M-F, osteofitosis marginal tanto dorsal como palmar. En la Rx [radiografía] se aprecia falange un poco larga.

La exploración muestra movilidad de unos 30º [30 grados], sin dolor.

Dolor a la palmación plantar.

Se explica que con la cirugía mejoraría el dolor pero no el edema cronificado del pie.

Se aconseja: 1) Resección del 1º falange.

2) Artrodosis Hellux".

Según el Diccionario médico Dorland, la osteofitosis es un estado caracterizado por la formación de excrecencias o crecimientos óseos denominados osteofitos.

Según esa misma obra, la artrodesis consiste en la fusión de las articulaciones subtalar, calcáneocuboidea y talanovicular para proporcionar estabilidad lateral al pie paralizado.

4. En los folios 15 y 16 del expediente obra el informe, de 23 de diciembre de 2004, del traumatólogo y cirujano ortopédico que intervino a la paciente; informe que se transcribe en el fundamento cuarto de la Propuesta de Resolución. Del informe del cirujano que operó a la paciente resulta lo siguiente:

La enfermedad de Saudek se manifestó diecisiete días después de la operación.

Esta enfermedad produjo la inmovilidad de la articulación del dedo intervenido, un dolor permanente en ésta y dificultad al deambular.

La técnica quirúrgica empleada da resultados exitosos en el cien por cien de los casos. El cirujano manifiesta en su informe, redactado ocho años y siete meses después, que practica ese tipo de intervención aproximadamente unas treinta veces al año (lo que supone que ha practicado alrededor de 255 intervenciones en ese

intervalo) y que todas ellas, salvo la de esta paciente, han sido coronadas por el éxito terapéutico.

El cirujano reconoce que su informe lo redacta ocho años y siete meses después sin tener la documentación clínica de la operación a la vista, nada más que de memoria, y sin embargo describe minuciosamente los pormenores de la intervención y recuerda los nombres del facultativo que actuó como ayudante y del anestesista.

Que mantenga este vívido recuerdo de la operación lo atribuye a que "(...) el resultado que obtuvo M.E.D. me preocupó y me marcó. Sigo operando y pensando en que ojalá no se presente otro caso (...)".

5. La enfermedad de Sudek consiste en una atrofia ósea causada por un traumatismo que ha lesionado el nervio.

Si pocos días después de una operación en los huesos del primer dedo del pie derecho se manifiesta en éste dicha enfermedad que produce la inmovilidad del dedo, es de presumir que las maniobras quirúrgicas causaron un trauma a alguno de los nervios que inervaban el dedo intervenido.

Este es un mal resultado terapéutico desproporcionado con lo que es usual comparativamente, conforme resulta del informe del cirujano en el que se expresa que con la técnica empleada ha logrado el éxito terapéutico en el cien por cien de las intervenciones por *hallux valgus* que ha practicado antes del 28 de mayo de 1996 y en un período posterior de ocho años y siete meses.

Aquí se está ante un evento dañoso, *hallux rigidus* provocado por lesión neurológica traumática posterior a una cirugía de *hallux valgus*, que normalmente no produce la innecesaria y evitable afectación traumática de un nervio. Este evento se origina por alguna conducta que cae dentro de la esfera de acción del cirujano, aunque aquélla no se conozca con precisión.

6. La existencia de este daño desproporcionado no determina por sí sola el surgimiento de responsabilidad del cirujano y del centro sanitario al que prestaba sus servicios, sino la carga para ambos de dar una explicación coherente del origen de ese daño y que éste no se debe a negligencia profesional. La carga de la prueba de estos extremos se desplaza a ellos porque los facultativos, por sus propios conocimientos científicos y técnicos, y los centros sanitarios para los que trabajan, tiene medios poderosos para demostrarlos y, además, muchas veces, están en su posesión los elementos de prueba; facilidades de las que carece el perjudicado. En el

presente supuesto ni el cirujano interviniente ni la Administración sanitaria han explicado cabal y racionalmente la causa de la aparición de la enfermedad de Sudek y subsecuente *hallux rigidus*, ni que esa causa sea ajena a una maniobra quirúrgica negligente, ni que el evento dañoso fuera inevitable según el grado de los conocimientos médicos a la fecha de la operación.

Ante la carencia de prueba de estos extremos, conforme a la regla *res ipsa loquitur*, forzosamente se ha de deducir la existencia de una infracción de la *lex artis ad hoc* que genera la obligación de resarcir *ex* art. 139.1 LRJAP-PAC.

Para que el criterio jurisprudencial del daño desproporcionado sea aplicable es necesario que el resultado terapéutico gravoso no se deba total o parcialmente a la conducta de la propia paciente. Los informes del Servicio de Inspección y Prestaciones señalan que no se puede descartar que en la aparición del *hallux rigidus* no haya intervenido el abandono por la paciente del tratamiento rehabilitador de fisioterapia, pero esta afirmación no se sustenta en una explicación médica del porqué ese abandono puede coadyuvar a que se presente la enfermedad de Sudek y el subsecuente *hallux rigidus*.

Una mera afirmación sin argumentación racional ni hechos que la respalden carece de valor probatorio.

Por el contrario, del informe del cirujano resulta que la enfermedad de Sudek y la inmovilización de la articulación del dedo se manifestaron el 14 de junio de 1996. Es razonable deducir, por tanto, que la causa del *hallux rigidus* no fue el abandono de la rehabilitación, porque aquél apareció antes que éste.

Para considerar que el abandono de la rehabilitación coadyuvó o interfirió en la persistencia y/o agravamiento del resultado dañoso se debería demostrar médicamente que la observancia del tratamiento rehabilitador habría conducido a la desaparición o aminoración de la lesión. Esa demostración no existe aquí. Por consiguiente, la mera afirmación que se comenta carece de valor probatorio.

7. El criterio del daño desproporcionado requiere también para su aplicación que ese daño no sea la concreción de un riesgo típico, cuya eventual concreción sería inevitable, de la terapia aplicada conforme a la *lex artis ad hoc.*

Ello se debe a que como la medicina es una ciencia, como las demás, en continuo desarrollo y evolución, e incapaz, como todo otro conocimiento humano en otros ámbitos, de alcanzar un saber y dominio absoluto sobre la enfermedad y los medios para sanarla, se aceptan, como formando parte de la *lex artis ad hoc*, la

manifestación de efectos secundarios iatrogénicos inherentes a muchos tratamientos médicos o la plasmación del riesgo de efectos iatrogénicos que generan esos tratamientos pero que se asumen, porque la probabilidad de su realización es más o menos remota y es mayor la probabilidad de lograr éxitos terapéuticos.

Empero, para considerar que determinado resultado dañoso es concreción de un riesgo típico inherente a un determinado tratamiento médico no basta la simple afirmación de ese carácter, sino que es necesaria una explicación científica de por qué ese tratamiento engendra la posibilidad de producir ese resultado terapéutico desfavorable y por qué, dado el estado actual de la ciencia y la técnica de la medicina, es imposible conjurar que se manifieste.

En los informes del Servicio de Inspección y Prestaciones se afirma apodícticamente que el *hallux rigidus* es un riesgo típico de la cirugía de *hallux valgus*, pero no se proporciona ninguna explicación de por qué ello es así; o lo que es lo mismo, no se razona por qué, independientemente del buen hacer del cirujano, esa operación conlleva la probabilidad de producir esa patología.

Por consiguiente, ante la ausencia de tal explicación, no se puede considerar un riesgo iatrogénico típico la patología que presentó la paciente pocos días después de la intervención.

8. Para que el riesgo iatrogénico típico excluya la responsabilidad por el resultado perjudicial inherente a él, era necesario, según el art. 10.5 y 6 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, LGSS, regulación vigente a la fecha de la operación, que el facultativo hubiera proporcionado a la paciente una información objetiva, veraz, completa y asequible de la posibilidad de que la cirugía de *hallux valgus* produjera un *hallux rigidus* y que la paciente hubiera dado su consentimiento previo por escrito a la intervención con conocimiento de la probabilidad de aparición de ese perjuicio y sus consecuencias.

Ello es así porque el previo conocimiento informado a una intervención quirúrgica de los riesgos iatrogénicos que la acompañan es un elemento esencial de la *lex artis ad hoc* cuya omisión puede generar responsabilidad cuando se materializan los riesgos de los que no ha sido informado el paciente y, por ende, no los ha asumido.

Como la obligación de informar de ese riesgo típico corresponde al facultativo y al centro sanitario al que presta su servicio, la carga de probar que se proporcionó

tal información y que se obtuvo el consentimiento escrito de la paciente a la intervención con previo conocimiento y asunción de la existencia de ese riesgo típico y de sus consecuencias desfavorables.

En el expediente no obra prueba alguna de que la paciente, con anterioridad a la operación, fuera informada de que la enfermedad de Sudek y subsecuente *hallux rigidus* era un riesgo típico de la intervención de *hallux valgus* ni de que hubiera dado su consentimiento por escrito a la intervención informada de tal riesgo.

En definitiva, en primer lugar, porque no existe demostración científica que el *hallux rigidus* es un riesgo típico de la cirugía de *hallux valgus*; y, en segundo lugar, porque no existe el consentimiento por escrito a la intervención con acreditación de que ha sido informada de ese riesgo, no se puede considerar la lesión por la que se reclama como un riesgo típico iatrogénico asumido por la paciente que impide el surgimiento de la obligación de resarcir por las consecuencias dañosas de su materialización.

V

1. La reclamante solicita en su escrito final de alegaciones que se le indemnice en la suma de quince mil euros con las actualizaciones e intereses procedentes. En su escrito de reclamación de 10 de marzo de 2004 señalaba que, con anterioridad a la intervención, realizaba servicio doméstico por horas que le reportaba 80.000 ptas mensuales (495,71 euros), trabajo para el cual quedó incapacitada después de la operación. Esa cifra es la que le sirve de criterio para determinar en 48.000 euros la indemnización que solicitaba en su escrito inicial.

2. La reclamante no ha probado cuáles eran sus ingresos con anterioridad a la intervención, ni su cuantía, ni que ese fuera su trabajo pues no figura dada de alta en el Régimen Especial de Empleadas del Hogar de la Seguridad Social. Tampoco aporta prueba de la existencia otro tipo de ingresos que haya dejado de percibir a consecuencia de la aparición del *hallux rigidus*. Sí consta que tres años después de la intervención estuvo desarrollando actividad laboral porque figura como afiliada al Régimen General de la Seguridad Social desde el 1 de marzo al 31 de agosto de 1999.

Ante la ausencia de criterios objetivos aportados y probados por la reclamante para la cuantificación de la indemnización, hay que acudir, como ordena el art. 141.2 LRJAP-PAC, a criterios normativos.

Los criterios normativos para la valoración de daños personales en nuestro ordenamiento están recogidos en el sistema para la valoración de daños y perjuicios

causados a las personas en accidentes de circulación, sistema regulado en el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, TRLRCVM (aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre).

El art. 142.5 LRJAP-PAC establece que, en el caso de daños físicos, el plazo para reclamar empieza a computarse desde la curación o la determinación del alcance de sus secuelas. Es decir, sólo a partir de la desaparición o estabilización de la lesión personal se puede reclamar, porque únicamente a partir de ese momento existe el daño evaluable económicamente que exige el art. 139.2 LRJAP-PAC; ya que es en ese momento cuando ha dejado de producirse la lesión, como dispone el art. 141.3 LRJAP-PAC. Por consiguiente, conforme a este precepto en relación con los citados arts. 139.2 y 142.5 LRJAP-PAC, la cuantía de la indemnización se ha de calcular con referencia, al 28 de marzo de 2003, fecha en que el informe médico del Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Canarias determinó el alcance y estabilización de la lesión.

Esta indemnización debe comprender, en primer lugar, las cantidades baremadas por los días de hospitalización y de incapacitación para trabajar que haya causado la lesión. En segundo lugar, la cuantía que el baremo fija para esa lesión permanente.

Como no existe constancia de que la paciente haya estado hospitalizada o de baja laboral a consecuencia de la lesión por la que reclama, la indemnización se ha de cuantificar exclusivamente por la cifra que se fija para esa lesión permanente en el baremo vigente para el año 2003, porque el art. 141.3 LRJAP-PAC en relación con el art. 142.5 LRJAP-PAC dispone que la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que se estabilice la lesión.

El art. 141.3 LRJAP-PAC dispone también que la cuantía de la indemnización se actualice con arreglo al índice de precios al consumo fijado por el Instituto Nacional de Estadística; y como el, a la sazón vigente, apartado 10 del Anexo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor (contenido en la disposición adicional octava de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados) actualmente apartado primero 10 del Anexo del TRLRCVM, establece que, en defecto de actualización expresa de las cuantías del baremo, éstas se actualizarán automáticamente en el porcentaje del índice general de precios al consumo correspondiente al año natural inmediatamente anterior, debiendo la Dirección General de Seguros publicar dicha actualización; no hay

obstáculo en aplicar las cuantías publicadas por la Resolución, de 2 de febrero de 2009, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, porque representan esa actualización.

De este modo, de acuerdo con el Apartado Segundo, b) del Anexo del TRLRCVM, la sección "*Pie*" del Capítulo V de la tabla VI (limitación de movilidad, de 1 a 3 puntos; limitación funcional de la articulación metatársicofalángica del primer dedo, 2 puntos) y la tabla IV (lesiones permanentes parciales que constituyan una incapacidad para la ocupación o actividad habitual de la misma sin impedir la realización de sus tareas fundamentales), ambas del Anexo citado; y conforme a la mencionada Resolución, la cuantía de la indemnización quedaría fijada así:

5 puntos por limitaciones de funcionalidad y movilidad, atendiendo a que la reclamante contaba con 64 años de edad en el año 2003: 665,56 euros.

Por el factor de corrección de la lesión permanente parcial limitadora de la actividad habitual: 17.472,92 euros.

Total: 18.138,48 euros.

C O N C L U S I Ó N

Por las razones expresadas en el Fundamento IV de este Dictamen, la Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho. Procede indemnizar a la interesada en la cuantía cifrada en el Fundamento V.