



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 1 de marzo de 2010.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.E.C.P., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 33/2010 IDS)\*.*

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

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por un Organismo Autónomo de la Administración autonómica al presentarse reclamación de indemnización por daños que, se alega, se ocasionan por la prestación del servicio público sanitario de su competencia.

De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad de la solicitud del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 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

Los hechos en los que se apoya la reclamación, presentada por J.E.C.P., según se relata en el escrito correspondiente, son los siguientes:

---

\* **PONENTE:** Sr. Bosch Benítez.

A comienzos del año 2004 la reclamante comenzó a sentirse mareada, siendo llevada por su marido al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de la Avenida de la Trinidad en La Laguna, donde le sugirieron ser vista por su médico de familia lo antes posible. Al día siguiente pidió hora, que le dieron para el día 17 y en esta fecha le explicó a la facultativa que la atendió que sufría mareos, que le dolía mucho un hombro, que le costaba un poco respirar y que además se le habían dormido las uñas de las manos y de los pies de una día para otro. Tras la revisión del hombro, la doctora le mandó a hacerse una radiografía de la columna.

En la segunda quincena de marzo volvió a la consulta y refirió a su doctora el agravamiento de sus síntomas, teniendo ya dormida hasta la tercera falange de los dedos de las manos y la totalidad de los dedos de los pies y que, además, se sentía muy cansada, indicándole la doctora a la vista de la placa que lo que padecía era una artrosis de la 4ª, 5ª y 6ª vértebra y que por este motivo era probable que un hueso de la columna estuviera presionando la médula ósea y por ello se estuvieran durmiendo las extremidades y que posiblemente habría que operar la columna.

Volvió a su consulta los primeros días de abril de 2004, comentándole muy alarmada que tenía totalmente dormidos manos y pies, que le temblaban las piernas y que estaba perdiendo la fuerza, proponiéndole la reclamante que le remitiera a un neurólogo porque con la medicina que le dio en febrero se le había quitado el dolor del hombro, si bien la doctora consideró que no había que descartar al traumatólogo y luego pasarla a neurología.

A mediados de abril tuvo que volver a la consulta porque ya era incapaz de moverse y apenas caminar, sólo consiguiendo que la médico de cabecera le diera un volante para el traumatólogo. La reclamante tuvo que dejar de trabajar en abril de 2004 por estar incapacitada para moverse de manera autónoma.

El 2 de mayo de 2004 fue atendida por dos traumatólogos, quienes le preguntaron con asombro que quién la había enviado a ellos, pues su cuadro no era de dicha especialidad, remitiéndola de Urgencias al Hospital Universitario de Canarias. El resultado fue que el día 5 de mayo siguiente estaba la reclamante ingresada en dicho centro sanitario con un pronóstico no muy favorable por el tiempo que había tardado en descubrirse: poloradiculoneuritis sensitivo-motora de componente axonal (CIDP, según sus siglas en inglés).

Después de pasar seis meses hospitalizada y un año y medio en rehabilitación, el EVO la ha calificado con el 81% de minusvalía y el Hospital Universitario de Canarias la ha derivado a un hospital de enfermos crónicos.

La reclamante denuncia por negligencia médica a la doctora que la atendió en el Centro de Salud y al Servicio Sanitario de San Benito por haberle impedido acceder a su historia clínica y demanda una compensación económica cuantiosa y ser indemnizada por los daños derivados de la asistencia recibida, *ya que este país le debe el 81% de su movilidad por una mala praxis médica.*

### III

1. La reclamante, J.E.C.P., ostenta la condición de interesada al pretender el resarcimiento de un daño físico cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por un Centro perteneciente al Servicio Canario de la Salud, estando pues legitimada para iniciar el procedimiento de responsabilidad.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 17 de abril de 2007, en relación con la asistencia sanitaria prestada a partir de febrero de 2004, sin que en el expediente se haya determinado el momento en que quedó fijado el alcance de las secuelas padecidas, necesario para el cómputo del plazo de prescripción, aunque de los datos del expediente se infiere que, como reconoce la Administración, la acción para reclamar se ejerce en el plazo previsto en el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

El órgano competente para admitir la reclamación y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud, si bien la instrucción compete a la Gerencia de Servicios Sanitarios del Área de Salud de Tenerife, de conformidad con lo previsto en la Resolución de 22 de abril de 2004 del Director del citado Organismo Autónomo.

La Resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6

de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

2. Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

La reclamación fue presentada el 17 de abril de 2007 en la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios, con entrada en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el 2 de mayo del mismo año, iniciándose en esta fecha el procedimiento.

El 25 de mayo de 2007 se remite escrito a la interesada, debidamente notificado, en el que se le comunica el procedimiento a seguir, número de expediente, plazo de resolución del procedimiento y efectos del silencio administrativo. Se le requiere además para que proceda a la subsanación de su solicitud mediante la aportación de su DNI, proposición de prueba de la que pretenda valerse y autorización expresa de acceso a los datos obrantes en su historia clínica por los profesionales que, por razón de sus funciones, tengan acceso a ella durante la tramitación del procedimiento.

La reclamante da cumplimiento a este requerimiento en el plazo concedido al efecto, aportando copia de su DNI y pasaporte, copia de diversos informes obrantes en su historia clínica en el Hospital Universitario de Canarias e informe emitido el 20 de septiembre de 2005 por asistente social del mismo Centro hospitalario.

El 26 de junio de 2007 se dicta Resolución por la que se admite a trámite la reclamación, se ordena el inicio del procedimiento, erróneamente porque éste se produjo, como se dijo, con la presentación de la reclamación (art. 68 LRJAP-PAC), y se comunica a la interesada que, con la misma fecha se solicita a través del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) el informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo máximo legal para resolver el procedimiento hasta la recepción del referido informe y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses; comportando ello la deficiencia ya expuesta reiteradamente por este Organismo.

Esta Resolución fue notificada a la interesada el 9 de agosto de 2007.

El 23 de abril de 2009 el SIPF emite informe en el que concluye que la asistencia prestada a la paciente fue la correcta, teniendo en cuenta el cuadro que presentaba en cada momento. Se adjunta el informe emitido por el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Canarias, así como copia de la historia clínica de la paciente obrante en este Centro y en el Centro de Salud Laguna-Geneto.

Cabe indicar que, aunque este último informe se emite en septiembre de 2007, el del SIP se hace fuera del plazo legalmente fijado al efecto (art. 83.2 LRJAP-PAC) y vencido no sólo el de suspensión del procedimiento, sino, largamente, el de resolución de éste.

Finalmente, el Centro de Salud interviniente remite con posterioridad el informe emitido por la facultativa del Centro de Salud citada por la interesada en su reclamación. Este informe se limita a indicar las ocasiones en que la paciente acudió a consulta, resultando que en las fechas mencionadas consta la baja laboral de la médica en cuestión.

El 11 de junio de 2009 se adopta acuerdo sobre período probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas documentales propuestas por la interesada y por la Administración, si bien, dado que ya se encuentran incorporadas al expediente, se declara concluso el periodo probatorio. Este Acuerdo es notificado a la reclamante el día 20 del mismo mes y año. Por lo demás, la interesada no hizo uso del derecho que le concede el art. 79.1 LRJAP-PAC.

El 3 de julio de 2009 se acuerda la concesión del trámite de audiencia, que fue notificado el siguiente día 10 del mismo mes y año, presentándose alegaciones en el plazo concedido al efecto en las que relata su situación legal en este país y al que adjunta hoja de consulta de fecha 5 de octubre de 2008 en el Centro Hospitalario, al que acudió debido a una crisis de ansiedad, y declaración jurada de su esposo relativa a su situación laboral.

El 19 de agosto de 2009 se formula Propuesta de Resolución, solicitándose el mismo día el informe del Servicio Jurídico y reiterada su petición con fechas 29 de octubre y 1 de diciembre de 2009. El referido informe se emite el 28 de diciembre de 2009, concluyendo en la conformidad a Derecho de la desestimación de la reclamación que se propone.

Se recaba, finalmente, con fecha 21 de enero de 2010, el Dictamen de este Consejo.

3. A la vista de las actuaciones practicadas puede considerarse que, con las deficiencias indicadas anteriormente, se han observado los trámites legal y reglamentariamente previstos, incumpléndose en todo caso el plazo para resolver.

La demora producida, sin embargo, no impide la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente a tenor de lo

establecido en el art. 42.1 LRJAP-PAC, pudiendo hacerlo en el sentido que se propone [art. 43.4.b) de dicha Ley].

## IV

1. En cuanto al fondo del asunto, la Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar que no concurre en el presente caso el necesario nexo causal entre el daño padecido y el funcionamiento del servicio público de la sanidad.

Consta acreditado en el expediente que la reclamante acudió a su Centro de Salud con fecha 20 de febrero de 2004 (y no el día 17) por presentar dolor a la movilización del hombro izquierdo, por lo que se solicitaron radiografías y se pautó medicación antiinflamatoria.

Acude nuevamente el 15 de abril de 2004 con las radiografías, apreciando la facultativa que la atendió afectación de espacios cervicales con síntomas radiculares en miembros superiores e inferiores, remitiéndola a traumatología con carácter urgente.

El 22 de abril de 2004 es vista por el traumatólogo de zona, que la deriva al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias para valoración urgente.

En este Centro hospitalario se practica ese mismo día TAC cerebral y cervical, que no objetivó anomalías, y es valorada por facultativo internista, quien recomienda cita preferente en consultas externas de neurología, donde es atendida el 3 de mayo, recomendando el neurólogo su ingreso para estudio y tratamiento por posible enfermedad desmielinizante.

La reclamante ingresa el 5 de mayo de 2004 y, tras los estudios pertinentes, es diagnosticada de polirradiculoneuritis sensitivo-motora de componente anoxal. Causa alta el 7 de junio siguiente.

El 16 de julio de 2004 reingresa por empeoramiento de su situación clínica hasta el 19 de agosto de 2004; fecha en la que es remitida al Servicio de Rehabilitación del mismo Centro hospitalario para continuar su tratamiento en régimen de ingreso hasta el 9 de noviembre de 2004.

Con posterioridad, la paciente ha seguido siendo tratada de su enfermedad en la forma apropiada al caso.

2. La interesada en este procedimiento considera que el hecho de no haber obtenido previamente el diagnóstico que posteriormente alcanza el Servicio de

Neurología del HUC el mes de mayo, más de dos meses después de haber acudido al Centro de Salud para ser atendida, supuso un retraso en la aplicación del tratamiento correcto, el cual ha sido la causa de haber perdido el 81% de su movilidad, siendo estos retrasos indebidos.

Ahora bien, con base en los informes médicos emitidos el órgano instructor aduce que el estado de la paciente se debe a la propia enfermedad padecida y a la evolución natural de la misma, de modo que sobre el mismo no ha influido la actuación del servicio sanitario, que, en cualquier caso, ha sido ajustado a la *lex artis*, efectuándose las pruebas diagnósticas necesarias en cada momento para alcanzar el diagnóstico de la enfermedad, por lo demás complicado por el hecho de ser ésta poco frecuente.

En este orden de cosas, el informe del Jefe del Servicio de Neurología describe detalladamente las características de la enfermedad, método de diagnóstico y tratamiento, indicando que su base es autoinmune, ya que la polirradiculoneuritis aguda es el resultado de una respuesta inmune (tanto celular como humoral) a antígenos externos (agentes infecciosos, vacunas) que se dirige erróneamente contra el tejido nervioso del huésped a causa de una similitud de epítipo (mimetismo molecular).

Se añade que, en sus formas desmielinizantes, la causa de la parálisis flácida y el trastorno sensitivo es el bloqueo de la conducción nerviosa. Este hallazgo (bloques de conducción), demostrable electrofisiológicamente, implica que la conducción axonal permanece intacta, por lo que puede tener lugar una recuperación rápida cuando se produce la remielinización. Sin embargo, en los casos graves de polirradiculoneuritis aguda suele aparecer daño axonal, secundario normalmente a la desmielinización, cuya extensión puede determinarse con estudios electrofisiológicos. Un mayor grado de degeneración axonal secundaria se correlaciona con un menor y más lento grado de recuperación, así como con un mayor grado de discapacidad residual (secuela).

En el caso de la paciente, ésta presentaba un cuadro clínico compatible con polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante crónica (caracterizada porque presenta un curso clínico más prolongado que el Síndrome Guillain-Barré (SGB), abarcando más de cuatro semanas, que es el periodo normal de evolución de ésta), que empieza a ocasionar trastorno de la marcha unos dos meses después del síntoma

sensitivo inicial, con afectación axonal presente en el primer estudio neurofisiológico realizado en mayo de 2004.

Por otra parte, la paciente presentó mala respuesta al tratamiento inicial con inmunoglobulinas, por lo que se instauró posteriormente tratamiento esteroideo. Con este tratamiento, así como con rehabilitación a largo plazo, se ha observado cierto grado de mejoría lentamente progresiva, persistiendo secuela neurológica importante. Tanto la edad de la paciente, como la presencia de daño axonal en el momento del diagnóstico son indicadores de mal pronóstico y posible mala respuesta al tratamiento.

En cuanto al retraso en el inicio del tratamiento respecto al momento de inicio de los síntomas clínicos, se señala en este informe que no existe, en el momento actual, evidencia concluyente que apoye este factor como indicador de mal pronóstico. En el caso de la paciente, el momento en que se inició el tratamiento (presencia reciente de trastorno para la marcha) es elegido por la mayoría de los expertos para inicio de tratamiento farmacológico inmunomodulador.

Por su parte, el SIP considera correcta la asistencia sanitaria prestada, teniendo en cuenta el cuadro que la paciente presentaba en cada momento. Indica así que, atendiendo a la praxis médica, la médico de cabecera que atendió a la paciente consideró, en la primera visita por dolor en el hombro, la necesidad de realizar radiografías, sin que ello pueda ser considerado como irrazonable y, en la segunda visita, a la vista de las radiografías y de los nuevos síntomas, procede a remitir a la paciente con carácter urgente a traumatología, circunstancia también ajustada a criterios médicos. Considera, por ello, la actitud de esta facultativa adecuada a las circunstancias del momento, los medios existentes y al estado de la ciencia.

Además, aunque sin más argumentación, reitera la observación del Servicio de Neurología de que, en el momento actual, no existe evidencia científica concluyente que apoye, como indicador de mal pronóstico, el retraso en iniciar el tratamiento respecto al momento del comienzo de los síntomas clínicos.

Señala, finalmente, que si lo que se pretende por la reclamante es que el diagnóstico fuese acertado desde el primer momento, ha de considerarse que no se pueden sentar reglas absolutas, no siendo la medicina, en general, una ciencia exacta, en tanto que en ella intervienen elementos extraños de difícil previsibilidad que pueden propiciar errores, de diagnóstico o de cualquier otra naturaleza, sin generar responsabilidades; máxime cuando se actúa con pruebas suficientes que



justificarían la actitud inicial y sin concurrencia de conducta descuidada, abandono o negligencia por parte de los servicios públicos.

3. Pues bien, tras un detenido análisis de los datos obrantes en el expediente, teniendo en cuenta los hechos y alegaciones que constan y poniéndolos en relación con los informes emitidos, incluso teniendo en cuenta sus términos no concluyentes, datos inexactos manejados y la advertencia de falta de determinados estudios que en este caso que pudieran ser relevantes, ha de concluirse que no puede afirmarse, como la Propuesta de Resolución y, previamente, el informe del SIP hacen, que el funcionamiento del servicio haya sido plenamente satisfactorio, especialmente en la fase previa del caso y en cuanto al diagnóstico producido o a las pruebas efectuadas al respecto, al menos entre el 20 de febrero y el 22 de abril de 2004.

Esto es, vistos los hechos y dados los progresivos síntomas de la paciente, cuyo continuo conocimiento en el Centro de Salud no se cuestiona, así como el considerable retraso en la obtención de las radiografías pautadas y aun la lectura singular de las mismas, que comportan cierto error de diagnóstico y remisión a especialista que se constató inadecuado, ha de estimarse que la asistencia sanitaria no ha sido suficientemente ajustada a la *lex artis*, ya que la enfermedad que padece la reclamante pudo haberse atacado de algún modo con anterioridad, obteniéndose determinados resultados favorables, aunque fuesen limitados y sin eliminar toda secuela.

En este sentido, cabe aceptar que, en un principio, y dados los síntomas existentes entonces y, por otro lado, la no constancia de posible daño neurológico, máxime de la enfermedad que tenía en realidad la paciente, la asistencia puede admitirse como correcta, aunque ya la paciente relató datos sobre su padecimiento, advertidos tiempo antes de acudir al Centro de Salud, que pudieron haber alertado a la facultativa que la atendió, la cual se limitó a pautar anti-inflamatorio y radiografías.

Sin embargo, la situación varió relevantemente en los días sucesivos, a lo largo de los meses de marzo y abril, relatando la paciente síntomas que, pudiendo dudarse su conexión en todo caso con un problema traumatológico por sus características o efectos, podían sugerir una deficiencia neurológica o conectable con el sistema nervioso, sin perjuicio de que, naturalmente y por los motivos ya expuestos, no se pudiera por los facultativos del Centro asegurar la cuestión y, mucho menos, diagnosticar que aquélla padecía SGB o, en su caso, CIDP.

Sin embargo, cupo entonces pautar otro tipo de pruebas acordes con los síntomas o hacer consulta neurológica, máxime habida cuenta no sólo del retraso en la obtención de las radiografías pautadas, sino de que es notoriamente conocida la conveniencia de detectar cuanto antes la enfermedad padecida para iniciar su tratamiento, con efectos en la eficacia de éste y, por ende, en la curación o limitación de los efectos de dicha patología, incluidas secuelas, particularmente cuando se trata del sistema nervioso. Lo que, en cualquier caso, es extensible a la lectura efectuada de las radiografías que, al fin, estuvieron disponibles.

En este contexto, independientemente de sus inconcreciones o eventuales inexactitudes, quizá inevitables científicamente o fácticamente, o bien, por la premura en su elaboración, el informe del Servicio afirma que la paciente en efecto padecía CIDP, que lógicamente se había iniciado antes de acudir en febrero al Centro de Salud, y se desarrolló, relatando la paciente, como se dijo, síntomas acordes con ello, progresivamente y como los ulteriores síntomas de la paciente constatan, hasta que se detectó en mayo. En concreto, empezó a tener problemas de deambulación algún tiempo anterior a ello y de movilidad o sensibilidad de piernas y brazos bastante antes.

Además, confirma que la enferma tenía daño axonal, que se detectó con las pruebas neurofisiológicas junto con la propia enfermedad, pero no la forma axonal aguda. Y tampoco se prueba que tal daño apareciera al comenzar la enfermedad y no en su desarrollo. Es más, parece que el caso normal es que sea secundario, según opinión mayoritaria, a la desmienilización que comporta esta enfermedad; cuestión además que cabe comprobar atendiendo a la extensión del reseñado daño, especialmente en relación con la desmielinización.

Y, en fin, tampoco contribuyó en su caso a la recuperación de la paciente el que, mediante el estudio que se menciona en el informe al final, afirmando que no se hizo, no se determinara fehacientemente la existencia de daño axonal independiente o primario en orden a utilizar la medicación adecuada de entrada, que no fue precisamente la aquí pautada, debiéndose cambiar ante su insuficiencia recuperadora.

4. En definitiva, dadas estas circunstancias y a pesar de recogerse en el informe la observación de que actualmente no se tiene evidencia concluyente de la pertinencia del tratamiento temprano para evitar un mal pronóstico, no puede negarse que, al menos un cierto tiempo, la paciente no tuvo la asistencia totalmente apropiada a sus síntomas y, por tanto, el eventual tratamiento relativo a su dolencia

nerológica, sin alivio o atención al respecto. Ni puede discutirse que esta demora generó que el tratamiento apropiado comenzara con retraso, facilitando o no combatiendo o controlando en lo posible el desarrollo de degeneración axonal; con más motivo si, como ocurre generalmente, es secundaria a la desmielinización. Además, contra lo indicado por los especialistas, aquí todos, resulta que se inició, realmente, cierto tiempo después de aparecer problemas serios en los miembros y aun de padecerse trastornos en la marcha.

No obstante, esas mismas circunstancias y los términos del informe estudiado obligan a considerar que las insuficiencias advertidas no generan por sí mismas, ni siquiera en su mayor parte, el daño que, al final, tiene la paciente. Más aún no siendo mucho o suficientemente determinante el retraso producido en su detección y control, en relación con las características o desarrollo de la enfermedad y el momento idóneo de comienzo del tratamiento.

Esto es, ha de reconocerse que tal daño, incluyendo la inmovilización progresiva producida y su posible secuela, se debe fundamentalmente a los efectos mismos de la enfermedad padecida y a su desarrollo natural, siendo ajeno esencialmente a ello la asistencia sanitaria que se pueda prestar, por más que, de haber sido correcta, contribuya a detener tal desarrollo y a lograr diverso grado de recuperación o de reducción de la secuela.

Por consiguiente, se aprecia un cierto nexo causal entre el daño que sufre la interesada y el funcionamiento del servicio prestado, deficiente en relación con los medios a prestar y, consecuentemente, generando una relativa pérdida de oportunidad curativa, aunque, como antes se ha expuesto, parcialmente, siendo por tanto limitada la responsabilidad exigible a la Administración.

Consecuentemente, la valoración del daño indemnizable ha de ajustarse a lo antes expresado, de modo que, en aplicación de la Tabla de indemnizaciones correspondiente al Seguro de Circulación en un daño similar al que nos ocupa, pertinentemente ponderada en reducción por las características del caso presente, se estima que la cuantía de la indemnización a la interesada ha de ascender, incluida su actualización, en aplicación del art. 141.3 LRJAP-PAC, a doce mil euros.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no se estima conforme a Derecho, existiendo en este caso, en los términos y por los motivos expuestos en el Fundamento IV, responsabilidad administrativa limitada, correspondiéndole consecuentemente a la interesada por el daño padecido una indemnización reducida que se fija en doce mil euros.