



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 6 2 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 16 de julio de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por A.R.V., en nombre de S.S.V.K., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público (EXP. 267/2013 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 una Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de la Salud (SCS). De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante para recabar el Dictamen, la competencia del Consejo para emitirlo y la preceptividad de su solicitud según los artículos 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).

2. En el expediente que nos ocupa se cumple el requisito de legitimación activa de la afectada, al pretenderse el resarcimiento de un daño cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada a aquella, madre de la reclamante, por un Centro concertado con la Administración sanitaria y por el Hospital Universitario de Canarias (HUC).

* PONENTE: Sr. Belda Quintana.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Organismo Autónomo, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación, por lo demás, se ha presentado en plazo, en relación con un daño efectivo, personalizado y evaluable económicamente (arts. 139 y 140 LRJAP-PAC).

3. En el escrito de reclamación la reclamante manifiesta que el día 21 de julio de 2009 su madre sufrió una caída en su domicilio y la encontró al llegar acostada en el suelo quejándose de dolor de cadera, por lo que dio aviso a una ambulancia que tardó más de doce horas en llegar y trasladar a la afectada al Hospital Universitario de Canarias, diagnosticándosele rotura de cadera.

El día 22 de julio de 2009 la lesionada fue derivada a la Clínica S.C., donde quedó ingresada para ser intervenida de la cadera, pero, una vez en quirófano, el facultativo le extrae la cabeza del fémur para analizarla porque observa un líquido en el interior del hueso que podría indicar infección, no implantándole entonces una prótesis y devolviéndose al día siguiente la lesionada al HUC, con comunicación verbal de lo ocurrido.

Efectuadas pruebas y descartada cualquier infección, efectuándose, entretanto, tracción en la pierna, el día 28 de agosto de 2009 se programa nueva intervención quirúrgica y se le coloca una prótesis en la cadera, pero, debido al excesivo tiempo transcurrido desde la caída y, por ende, rotura de cadera hasta la operación, a la lesionada no le responde la pierna afectada, diagnosticándosele pie equino por parálisis del ciático y propileo, pese a la rehabilitación.

La interesada reclama contra ambos Centros intervinientes, pues su madre ha estado hospitalizada durante casi seis meses debido a la deficiente asistencia médica recibida en los dos, quedando a resultas de ello como persona totalmente dependiente, solicitando una indemnización de 300.000 euros.

4. El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de Salud, de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 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 Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 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.

II

1. En lo referido a la tramitación del procedimiento constan las siguientes actuaciones:

- La reclamación fue presentada por la interesada el 17 de diciembre de 2009 en la Dirección de Área de Salud de Santa Cruz de Tenerife, con entrada en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud el mismo día, fecha en la que se inicia el procedimiento.

- Mediante escrito de 28 de diciembre de 2009, se requiere a la reclamante para que subsane la solicitud formulada, presentándose la documentación solicitada en el plazo conferido al efecto.

- El 21 de enero de 2010 se dicta Resolución por la que se admite a trámite la reclamación, comunicándosele a la interesada, y solicitándose al Servicio de Inspección y Prestaciones el informe del Servicio cuyo funcionamiento haya causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo máximo legal para resolver el procedimiento hasta la recepción del referido informe.

En esta misma Resolución se notifica al Centro concertado, al efecto de que el facultativo interviniente informe y utilice los medios de prueba que estime necesarios.

Tal pretensión, según este Organismo ha expresado reiteradamente, no es jurídicamente adecuada, pues, sin perjuicio de la información que debiera evacuarse por el Centro concertado, éste no es un tercero en el procedimiento, sino que ha de entenderse como prestador del servicio público sanitario y, por ende, parte del Sistema público, debiendo responder ante los interesados el gestor de tal servicio, que es el SCS, sin perjuicio de las actuaciones ulteriores que procedieran respecto al Centro actuante por la Administración titular del servicio. En todo caso, dicho facultativo emitió informe médico señalando la estancia de la afectada en ese Centro hasta el día 25 de julio de 2009 y las actuaciones efectuadas.

- El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe el 13 de septiembre de 2012 considerando que la atención sanitaria dispensada a la reclamante se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*, pues en todo momento se emplearon los recursos humanos y materiales aplicables al caso, así como todos los conocimientos actuales de la ciencia médica.

- Se acuerda la apertura del periodo probatorio el 24 de septiembre de 2012 y el trámite de vista y audiencia el 5 de octubre de ese año, trámites notificados correctamente, presentándose documentos y alegaciones.

- Finalmente, se emite la Propuesta de Resolución el 12 de junio de 2013 entendiéndose el Instructor del procedimiento que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

2. El procedimiento se resolverá, injustificadamente, vencido largamente el plazo para resolver, aunque proceda hacerlo expresamente pese a los efectos administrativos que debiera comportar tal excesiva e injustificable demora, así como los económicos que pudiera conllevar, como luego se expondrá [arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4.b); 141.3; y 142.1 LRJAP-PAC].

III

Según la historia clínica de la paciente y restante documentación obrante en el expediente constan los siguientes hechos:

1. El informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, COT "B", coincidente con el de enfermería indica:

La paciente ingresa remitida desde otro centro, por presentar, según informe verbal, infección en sitio de fractura de cadera, aunque fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital el 23/07/2009 tras caída casual, diagnosticándose fractura subcapital de cadera, siendo trasladada a Centro concertado para tratamiento definitivo de su fractura. Así, éste la devuelve alegando telefónicamente presencia de supuración abundante en el foco de fractura. La paciente muestra buen estado general, herida de abordaje quirúrgico cerrada con drenaje de redon, dificultad de movilidad de miembro inferior izquierdo por dolor. Se ingresa y se cursa interconsulta a Servicio de Infecciosas, que la valora y solicita nueva analítica con reactantes de fase aguda y comienza tratamiento antibiótico. El COT instaure pauta de mantener tracción y antibioterapia hasta descartar infección y poder programar cirugía. Se solicita gammagrafía y RNM. Se reciben los resultados de biopsia y cultivo realizados en el centro concertado, siendo negativos para metástasis e infección.

La RNM y gammagrafía asimismo muestran ausencia de signos de infección o metástasis. Normalizados los parámetros reactantes de fase aguda se programa la intervención, teniendo evolutivamente la paciente creciente dificultad para la movilización de la extremidad inferior derecha hasta desarrollar equino del pie por déficit de movilidad.

La intervención se programa para el 20/08/09, pero la noche previa la paciente realiza un cuadro de crisis convulsiva, valorada por el Servicio de Medicina Interna, realizándose TAC craneal, analítica y Rx tórax, con tratamiento. Repite esa noche el episodio, iniciándose impregnación de valproico y perfusión posterior. Por la mañana se reitera el cuadro, instaurándose tratamiento con rivotil, con parálisis facial izquierda de predominio inferior y estado semicomatoso, aunque se recupera en cuanto acude el personal médico. La analítica cardiaca y la Rx de tórax son normales, aunque se decide suspender la intervención, siendo valorada por el Servicio de Neurología. Se solicita RNM craneal no estando conforme la paciente, y EEG, que es normal. No repitiéndose la crisis, se reprograma de nuevo la intervención, realizada por fin el 28/08/09, mediante reemplazo articular total de cadera. Rx de control aceptable, constatándose ausencia de datos de infección o metástasis y siendo los cultivos negativos (...). Tras los primeros días en rehabilitación, se objetiva fijación de equino del pie izquierdo, solicitándose ENG para determinar lesión de CPE y se pone férula para ayudar a la deambulación. Según ENG, existe lesión moderada del tronco ciático. Sigue el protocolo habitual de rehabilitación, con deambulación asistida con andadora, pero se experimentan problemas para la adaptación de la férula, hasta lograrla. Dado que la paciente vive sola, contactamos con asistencia social para procurar estancia posthospitalaria en centro donde pueda seguir realizando rehabilitación. Se cursa alta de hospitalización para traslado a la Clínica L.C. y seguir rehabilitación en régimen de ingreso.

2. El jefe de Servicio del propio COT informa:

De la historia clínica la exploración de la paciente durante su ingreso hospitalario y el informe de alta, se efectuó un intento de tratamiento quirúrgico de fractura subcapital de cadera izquierda en la Clínica S.C. En la intervención se extrajo la cabeza de fémur fracturada, con fractura metafisaria del hueso, sospechándose artritis séptica, por lo que se interrumpió la operación y se devolvió la paciente al Hospital.

Por eso, hasta que cicatrizó la herida quirúrgica la paciente fue tratada con tracción del miembro inferior, esperando por los resultados de los cultivos de bacteriología, que fueron negativos.

Se programó la reintervención para el día 20 de agosto de 2009, pero se suspendió por cuadro de crisis convulsiva de la paciente, que, finalmente, fue operada el día 28 de agosto de 2009, practicándosele artroplastia total de cadera, con vástago de reconstrucción.

En la rehabilitación postquirúrgica se comprueba parálisis del nervio ciático, con deformidad en equino e imposibilidad para realizar la flexión dorsal del tobillo. Por ello, se decide colocar férula específica, que mantiene dicha articulación en ángulo recto y permite la deambulacion.

A su juicio, la parálisis descrita pudo producirse en la caída y subsiguiente fractura en el domicilio, siendo luego trasladada a Urgencias del Hospital.

También en el acto quirúrgico en la Clínica S.C., siendo prolongada la intervención y produciéndose fractura metafisaria de fémur de carácter iatrogénico.

Durante el periodo de tracción de la extremidad en espera de la confirmación de ausencia de infección antes de la operación definitiva.

Igualmente, en la intervención quirúrgica e implantación de la prótesis de recambio de cadera.

La complicación de la parálisis de CIE es frecuente en este tipo de fractura y en su tratamiento, procediendo férula antiequino y la fisioterapia, que permite la deambulacion y recuperacion funcional de la paciente, sin garantía de que pueda recuperarse totalmente.

El facultativo que intervino inicialmente a la paciente en Centro concertado informó: Paciente de 60 años de edad que ingresa trasladada del Hospital Universitario de Canarias tras caída casual por presentar fractura subcapital de su cadera izquierda. Se la interviene con anestesia espinal, colocada en decúbito lateral derecho, efectuándose abordaje vertical. Se extrae la cabeza femoral, saliendo gran cantidad de líquido con apariencia de pus o tumoral. Se toma muestra para cultivo y biograma. La cabeza de fémur se remite a anatomía patológica y, dada la fragilidad del hueso, no se implanta la prótesis hasta tener los resultados del cultivo.

4. El informe del SIP, de orden global y concluyente en lo que aquí interesa, sostiene:

La contraindicación más clara para la intervención tras fractura de cadera indicada, es la infección, pues los microbios, de existir, pueden anidar en cualquier material extraño al cuerpo. Por eso, en el caso de deberse instaurar prótesis, es peligroso hacerlo tanto para el paciente como para el cirujano por los problemas derivados del tratamiento con secuelas.

Además, ha de considerarse la infección no solo en la cadera, sino en otra parte del cuerpo, pudiéndose enviar gérmenes por la sangre hacia la prótesis. Es típica la infección en dientes, siendo foco infeccioso aunque no duela ni se inflame. A su vez, la prótesis infectada sirve de reservorio de gérmenes que, en cualquier momento, pueden emigrar por la sangre y provocar una infección grave con efectos que pueden llegar a ser incluso mortales. Por tanto, detectada una infección, debe curarse antes de implantar la prótesis, aunque no se tiene nunca total seguridad de que no se infecte.

Con mal estado de salud (diabetes descompensada, lesiones graves del pulmón o corazón, alteraciones graves de la coagulación de la sangre), crece el riesgo de secuelas graves o aun muerto por cirugía o anestesia, aunque el paciente debe pronunciarse en casos moderados, mediante consentimiento informado se entiende, conociéndolo y asumiendo esos riesgos.

En este sentido, el documento correspondiente al consentimiento informado de la intervención de prótesis total de cadera, por el Servicio COT y en los Centros intervinientes, se recogen explícitamente, como complicaciones mas frecuentes la lesión o afectación de tronco nervioso, que podría ocasionar trastornos sensitivos o motores, y la rotura o estallido del hueso que se manipula en la intervención. Así mismo, se indica que el paciente admite que durante la intervención pueden surgir imprevistos que requieran tratamiento quirúrgico adicional o diferente al señalado, autorizando a los médicos designados a que realicen los procedimientos que consideren necesarios según su criterio profesional, particularmente al existir condiciones desconocidas por el facultativo antes de intervenir.

No obstante, sin perjuicio de lo que en su caso procediere comentar al respecto más adelante, no puede desconocerse que pese a lo expuesto por el SIP, el consentimiento no cubre las negligencias, descuidos o incorrecciones en la intervención, por el facultativo o por personal auxiliar que, por idéntico motivo e igual efecto, ha de acreditarse tanto que la aparición de esos imprevistos no es provocada por actuación inapropiada o errónea del personal médico sin que puede

aceptarse un tratamiento de los mismos que no pueda posponerse por sus riesgos intrínsecos, como que se trata de circunstancias que demostradamente no pueden preverse en este tipo de intervención o material a utilizar o de condiciones que no pudo conocer el Servicio actuante mediante pruebas preparatorias exigibles, per se del paciente o por antecedentes.

Por lo demás, ya en la estancia del paciente en el HUC, se observa evolución a pie equino por falta de movilidad. La paciente, de 58 años, disfrutaba de un buen estado de salud e independencia en sus actividades hasta 2007, padeciendo desde entonces empeoramiento del mismo, atribuibles a la evolución de su patología propia y a la falta de cuidados y una alimentación e higiene deficientes. La situación se agravó con la caída casual en su casa, produciéndose fractura de la cabeza de fémur izquierda, lo que motivó su ingreso en el HUC, y derivación posterior al Hospital Santa Cruz para ser intervenida quirúrgicamente. En la operación, el traumatólogo observó líquido que consideró de procedencia articular y características sospechosas, extrayendo cabeza del fémur, con posterior tracción, retrasando la colocación de la prótesis femoral correspondiente hasta obtener resultados de las pruebas pautadas para descartar infección.

Considera que en algún momento del proceso antes del la definitiva colocación de la prótesis femoral, en la segunda operación, se produce una lesión del ciático, sin posibilidad de determinar el agente y el momento de producción, lo que origina un pie equino con la discapacidad correspondiente.

Tal hecho se entiende, justamente, recogido en los documentos de consentimiento informado firmados por la paciente o su hija, siendo complicaciones que podían suceder por la propia lesión y su necesario tratamiento. La actitud cautelosa y expectante del traumatólogo del Hospital Santa Cruz fue la oportuna a la vista de la existencia de líquido sospechoso, retrasando la colocación de la prótesis femoral hasta que las circunstancias clínicas fueran las adecuadas.

Concluye diciendo que a su juicio, tras examen de la documentación aportada, la atención sanitaria dispensada a la reclamante se ha ajustado a la *lex artis ad hoc*, utilizándose los recursos humanos y materiales aplicables al caso, adecuadamente además, en función de los conocimientos médicos disponibles.

IV

1. Ante todo y en línea con lo apuntado sobre esta cuestión anteriormente, procede reiterar que la relación de servicio público entre los usuarios y la

Administración titular del mismo es directa, respondiendo ésta en todo caso frente a aquellos por los resultados de su gestión y prestación de las funciones que incluya, siempre en los términos, casos y límites expresados constantemente por este Organismo, con revisión a la doctrina producida en este caso de responsabilidad patrimonial por daños causados eventualmente por el Servicio público sanitario.

En consecuencia, presentada la reclamación por interesado, la titular ha de tramitarla y resolverla, decidiendo su estimación o no y, por tanto, asumiendo la exigencia de responsabilidad y el derecho indemnizatorio del mismo, total o parcialmente, según proceda, de acuerdo con las actuaciones.

2. En cuanto al asunto que nos ocupa, ha de tenerse en cuenta que, según literatura médica básica y en línea con los informes emitidos, la rotura de caderas tiene indicado, como medio curativo, la intervención quirúrgica para reemplazar los huesos dañados, con implantación de prótesis, en su caso, cual aquí sucede, completa.

Por otro lado, la intervención ha de efectuarse de modo inmediato o sin dilación, procediéndose tan pronto como lo permita el estado o condiciones de la paciente, pues, de lo contrario, existen riesgo de no obtenerse resultado satisfactorio, con secuelas de falta de movilidad, con particularmente pie equino, y, además, incrementándose el riesgo de daño en troncos nerviosos, al hacer más difícil el reemplazo óseo y la colocación de prótesis, incluyendo en especial el CPE.

En este sentido, la no intervención o la intervención tardía en exceso puede generar que el miembro afectado no puede servir de apoyo o quede en uso muy disminuido, complicando la salud general en pacientes mayores y, sobre todo, con otras dolencias importantes, circunstancias que pueden condicionar también la técnica quirúrgica a utilizar.

Los estudios disponibles al efecto muestran, en definitiva, que, requiriéndose cirugía, cuanto más precoz sea la intervención y correcta la técnica y el método curativo a cesar mejor es el pronóstico, mientras que los resultados empeoran o no son satisfactorios, incluso con efectos graves secundarios, hasta mortales, cuanto más se demore la operación o se use una técnica o método no apropiados para la rotura producida o las características del paciente.

Según especialistas reputados, la meta principal del tratamiento es devolver al paciente al nivel de funcionalidad previo a la fractura, consiguiéndose en su mayoría

mediante cirugía seguida de una movilización precoz, siendo esta esencial para evitar las complicaciones asociadas con el reposo prolongado en cama. Por eso, la generalidad de las fracturas de cadera conviene que sean curadas con la operación pertinente en cada caso, máxime cabiendo que se hubieren producido otros daños colaterales en el accidente o en su tratamiento inicial, como apunta el Jefe del Servicio de COT.

En este sentido, la cirugía debe realizarse usualmente dentro de las primeras 24-48 horas desde el ingreso, incrementándose con el transcurso del tiempo tras éste los riesgos de fracaso curativo y complicaciones, incluida la mortalidad postoperatoria, salvo que se deba a la necesidad de curar o estabilizar una condición médica aguda. Por eso, cualquier retraso en la realización de la cirugía debe ser cuidadosamente considerado, estando comprobado que el reposo prolongado previo a la cirugía aumenta los riesgos antedichos, probabilidades de complicaciones, incluyendo entre las complicaciones trombosis venosa profunda, infecciones urinarias, alteraciones en piel y fanéreos o problemas pulmonares.

3. A la luz de la información médica emitida y los hechos constatados, con la base antes expresada con carácter general, han de hacerse las siguientes observaciones relevantes a los fines de efectuar el pronunciamiento previsto en el art. 12 RPAPRP.

Siendo importante, o incluso determinante que el problema sanitario producido sea tratado quirúrgicamente y con inmediatez, en principio no resulta adecuado que la paciente, sin motivación suficiente al no disponerse de pruebas fehacientes para ello, no recibiese la prótesis de cadera cuando se intentó inicialmente por supuesta infección en la zona a operar, luego demostrada inexistente y sin proporcionarse explicación alguna sobre el origen del líquido detectado y supuestamente de carácter articular o procedencia ósea. Cabe incluso que, como informa el COT, por defecto en la manipulación de la paciente en la operación, facilitada o causada por su prolongación, tampoco justificada, se dañara entonces el CPE, sin existir dato alguno en el expediente que lo descarte o, en su caso, justifique.

Pero es que, en todo caso y admitiendo la necesidad de eliminar la sospecha de infección, no es defendible que no sólo no se confirmase entonces mediante cualquier otro dato o síntoma, sino sobre todo que se demorasen varios días, excesivos sin duda en este supuesto médico, los resultados de los análisis pautados con el cultivo del líquido. Y menos todavía que, con esta demora ya problemática *per se*, se programara la intervención trece días después de confirmarse la inexistencia

de infección; máxime cuando el tratamiento de tracción podía generar daño nervioso y, a mayor abundamiento, la inmovilización de la paciente está causándole pie equino.

En estas circunstancias, pues, no cabe aceptar la afirmación de la Administración, a partir de informe del SIP, de que las actuaciones se ajustaran, en todo momento y en cualquiera de sus manifestaciones, a la *lex artis ad hoc*. Por el contrario, cabe presumir que se vulneró o desconoció ésta en realidad, en cuanto no se justifica el retraso en la intervención curativa y colocación de prótesis, al menos en relación con su resultado insatisfactorio en lo referente a la secuela de pie equino.

En cuanto a la concreta lesión de CPE, con consecuencia en la movilidad de la paciente, particularmente de su tobillo y potenciándose el antedicho defecto, ha de estarse con la afirmación del SIP, salvo prueba en contrario, de que ocurre con anterioridad a la intervención de cadera por fin realizada. Pero, con idéntica salvedad, no parece que se generase con la caída, sin existir dato o información técnica de ello en el expediente, aunque, de ser así, tampoco hay explicación del motivo de no detectarse enseguida o, como mínimo, de no haberse realizado prueba diagnóstica con ese fin, máxime conociéndose esta posibilidad teórica.

Por tanto, existiendo entonces los síntomas apropiados, en particular la dificultad de movilidad, y las posibles restantes causas para ello, ha de deducirse que la ocasionó la primera, e inútil con fin curativo y no suficientemente fundada en su interrupción a ese fin, intervención, cuya prolongación tampoco se justifica, sin existir explicación alguna que lo excuse. Al respecto se insiste en que para ser efectiva como causa de exención de responsabilidad, su producción no basta con haber sido informada como riesgo de la intervención sin más, sino que debe ser asumible en el marco de una actuación quirúrgica adecuada en técnica y ejecución. Así, ha de generarse por algún problema inesperado o forzoso, sin solución al superar el nivel exigible solucionable, la corrección del personal actuante y de la pericia del facultativo interviniente, siendo inevitable al efectuarse la actuación curativa apropiada por determinadas circunstancias del caso o técnica a emplear.

En fin, en su defecto y con las mismas condiciones y consecuencias, la lesión se pudo generar por la tracción empleada en el tiempo de espera para intervenir. Así, fue la propia Administración quien, con su demora en operar, produjo el riesgo y tampoco evitó, sin explicarse la razón, su plasmación al manipular a la paciente,

siendo no sólo conocido el riesgo de lesión nerviosa, sino evidente la creciente falta de movilidad de la paciente, sin actuación apropiada al respecto del Servicio actuante.

4. Consecuentemente, existe relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño causado, debiendo indemnizarse a la interesada en la cuantía que resulte de aplicar los criterios contenidos en las tablas de valoración establecidas en Ley sobre responsabilidad civil y seguro de circulación de vehículos a motor.

En todo caso, la cuantía de esta indemnización, referida al momento en el que se produjo el daño, ha de actualizarse en el momento de resolver el procedimiento (art. 141.3 LRJAP-PAC).

CONCLUSIÓN

La Propuesta de Resolución no se considera ajustada a Derecho, por cuanto la reclamación ha de ser estimada e indemnizarse a la interesada según se indica en el Fundamento IV.4.