



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 2 4 / 2 0 1 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 17 de julio de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados por el fallecimiento de (...), como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 292/2018 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución del procedimiento de exigencia de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por (...) en reclamación de una indemnización por los daños causados por el fallecimiento de su padre (...).

2. Se reclama por cuantía superior a 6.000 euros. Esta cuantía determina la preceptividad del dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

3. La reclamante ha acreditado su condición de hija del fallecido, por lo que está legitimada activamente para reclamar por los daños morales que le ha irrogado el óbito de su padre.

* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

4. La interesada imputa el fallecimiento de su padre a que, en el marco de la asistencia sanitaria pública que presta el Servicio Canario de la Salud y como beneficiario de esta, fue trasladado al centro sanitario privado concertado (...), donde la facultativa que lo atendió ordenó que se le hicieran unas pruebas médicas innecesarias tanto por el estado de gravedad de la patología cardíaca aguda del paciente como por el hecho de que el centro carecía de medios para atenderlo, lo que imponía su traslado sin demora al Hospital Universitario de Canarias. Además, a pesar de que en el centro se hallaba una ambulancia medicalizada, esa facultativa dio orden de que fuera trasladado en una ambulancia sanitarizada, con menos recursos para asistirlo durante el viaje, lo cual determinó que durante su traslado al Hospital Universitario de Canarias, tras sufrir una parada cardíaca, no pudo ser asistido debidamente en la ambulancia. Respecto a la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario de Canarias, no alega ninguna deficiencia que haya coadyuvado en el fallecimiento del paciente. Su reclamación se funda exclusivamente en la negligente asistencia sanitaria que prestaron a su padre en el centro sanitario privado concertado (...).

5. La causación de los daños alegados se imputa a la asistencia sanitaria que prestó al reclamante centro sanitario privado concertado por cuenta del Servicio Canario de la Salud en virtud de un concierto sanitario entre este y dicho centro.

Como ya expusimos en nuestro Dictamen 294/2015, de 29 de julio, sobre este mismo supuesto, el objeto de los conciertos sanitarios es la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a las Administraciones Públicas (art. 90.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, LGS). La Administración fija los requisitos y condiciones mínimas básicas y comunes de los conciertos (art. 90.4 LGS), los cuales establecen las obligaciones y derechos de las partes (art. 90.6 LGS), correspondiendo a la Administración las funciones de inspección sobre los aspectos sanitarios, administrativos y económicos relativos a cada enfermo atendido por cuenta de la Administración Pública en los centros privados concertados (art. 94.2 LGS). La Administración ostenta poderes de supervisión sobre el centro concertado dirigidos a garantizar que la asistencia sanitaria se preste en las condiciones legales y convenidas, pero la actividad del centro concertado no se publica.

Los conciertos sanitarios, cuya regulación específica se encuentra en la citada Ley 14/1986, 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 décima.1 de la Ley 198/1963, de 28 de diciembre, de Bases

de Contratos del Estado 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 definen de manera idéntica en el art. 277.c) del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSP), aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre. 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 acudir al citado Texto Refundido. El art. 214 de este texto legal le impone al contratista la obligación de indemnizar todos los daños y perjuicios que se causen a terceros como consecuencia de la ejecución del contrato, salvo cuando tales daños y perjuicios hayan sido ocasionados como consecuencia inmediata y directa de una orden de la Administración, en cuyo caso será esta la responsable.

Según el art. 214 TRLCSP, la responsabilidad del contratista ante los particulares es una responsabilidad directa. La Administración no responde por los daños causados por su contratista ni mancomunada, ni solidaria ni subsidiariamente. Cuando la ley quiere que la responsabilidad se reparta entre ambas partes, lo establece única y expresamente para el contrato de elaboración de proyectos (art. 312.2 TRLCSP). El contratista no está integrado en la organización de la Administración por lo que no se le puede imputar a esta los daños que origine. Véanse al respecto las SSTS de 24 abril 2003, de 20 junio 2006 y de 30 marzo 2009. Por esta razón, en los procedimientos de reclamación de responsabilidad patrimonial por tales daños están legitimados pasivamente tanto la Administración como el contratista y las aseguradoras de una y otro, porque si se acredita que el daño ha sido causado por la actuación del contratista, entonces este será el obligado a resarcirlo en virtud del art. 214 TRLCSP. El procedimiento para las reclamaciones por daños causados por contratistas de la Administración es el regulado en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, cuando el perjudicado reclama a esta el resarcimiento; está legitimada pasivamente la empresa contratista, puesto que tiene la cualidad de interesada según el art. 31.1.b) LRJAP-PAC en relación con el art. 214 TRLCSP. Así lo ha razonado este Consejo Consultivo en varios de sus Dictámenes, entre los que cabe citar el 554/2011, de 18 de octubre de 2011; 93/2013, de 21 de marzo de 2013; y 132/2013, de 18 de abril de 2013. Por esta razón la Administración, conforme al art. 34 LRJAP-PAC, llamó al procedimiento administrativo en su calidad de interesada al centro sanitario privado concertado (...), el cual no se ha personado en el procedimiento.

6. En la tramitación del procedimiento se han realizado los siguientes trámites:

La reclamación se presentó el 28 de abril de 2015. El 5 de mayo de 2015 se requirió a la interesada para su subsanación y mejora. Entre otros extremos, se le solicitó la propuesta de medios probatorios sobre la posible prescripción del derecho a reclamar. Este requerimiento se le notificó el 25 de mayo de 2015, tras dos intentos; el primero, de fecha 13 de mayo, y el segundo, el 18 de mayo de 2015. La interesada no aportó escrito ni documentación alguna durante la tramitación del procedimiento.

La reclamación fue admitida a trámite por Resolución de 17 de junio de 2015, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud. En ella se advertía a la interesada de que se procedería a estudiar la prescripción de la reclamación al objeto de dilucidar si se había formulado dentro del plazo legal de un año establecido en el art. 142 LRJAP-PAC. Esta resolución se notificó a la interesada el 22 de junio de 2015.

El 16 de junio de 2015, se dictó acuerdo probatorio, el cual fue notificado a ambas interesadas el 22 de junio de 2015. Ninguna de ellas propuso prueba.

La Administración propuso como prueba los documentos obrantes en el expediente, consistentes en la reclamación de la interesada de 28 de abril de 2015 y el certificado médico de defunción de su padre, de 26 de diciembre de 2013.

De acuerdo con el art. 84.4 LRJAP-PAC, se prescindió del trámite de audiencia ya que no figuran en el procedimiento otros hechos ni otras alegaciones y pruebas que las aducidas por el interesado.

No se solicitó el informe del Servicio Jurídico porque el art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento (aprobado mediante Decreto 19/1992, de 7 de febrero), establece su preceptividad únicamente cuando se trate de reclamaciones de la responsabilidad patrimonial extracontractual de la Administración que susciten cuestiones de Derecho no resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico, lo que no es el caso de la presente.

Se solicita dictamen preceptivo al Consejo Consultivo de Canarias, que emite el Dictamen nº 294/2015 considerando la propuesta de resolución desestimatoria por prescripción, ajustada a Derecho.

El 5 de agosto de 2015, el Director del Servicio Canario de la Salud resolvió desestimar la reclamación por prescripción de la misma. El 13 de agosto de 2015 se notificó al interesado y a (...).

Con fecha 5 de abril de 2016, se dicta Sentencia por parte del Juzgado de lo Contencioso Administrativo nº 1 de Santa Cruz de Tenerife, desestimando el recurso interpuesto contra la prescripción e imponiendo costas a la recurrente. No obstante, dicha sentencia no es firme.

En consecuencia, la interesada presenta recurso de apelación contra la citada Sentencia y el 1 de septiembre de 2016, el TSJ de Canarias dicta Sentencia por la cual estima en parte el recurso de apelación interpuesto y declara la nulidad de actuaciones, debiendo retrotraerse al momento en el que debió darse un plazo al demandante para la subsanación de la demanda, en el punto relativo a la indicación de los medios de prueba de los que intentaba valerse, sin costas. Así mismo, se observa en la Sentencia indicada en el Fundamento de Derecho Segundo que debió propiciarse un pronunciamiento sobre el fondo de la reclamación patrimonial.

A la vista de lo anterior, por escrito de la Asesoría Jurídica Departamental, de 8 de junio de 2017, recibido en el Servicio de Normativa y Estudios el 12 de junio de 2017, se solicita el inicio del expediente a fin de que se resuelva sobre el fondo del asunto.

Mediante Resolución de 14 de junio de 2017, se inicia el procedimiento a fin de analizar el fondo de la cuestión planteada. Dicha Resolución se notifica a la interesada el 19 de junio de 2017, así como a las restantes partes interesadas en el procedimiento.

El 20 de septiembre de 2017, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite preceptivo informe sobre el caso planteado.

El 23 de octubre de 2017, se dictó Acuerdo Probatorio, admitiendo las pruebas propuestas consistentes en audio, documental y testifical.

El 25 de enero de 2017 se notifica a la interesada, a (...) y a (...), Trámite de Audiencia. En consecuencia, la interesada y (...) formulan escrito de alegaciones.

El 7 de marzo de 2018 se solicitó informe preceptivo a la Asesoría Jurídica Departamental, que emite informe considerando conforme a Derecho la Propuesta de Resolución parcialmente estimatoria.

Finalmente se emite la Propuesta de Resolución con fecha 30 de abril de 2018.

7. De la anterior relación resulta que en la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a la emisión de nuestro dictamen.

II

1. La Propuesta de Resolución indica estimar parcialmente la reclamación formulada por la interesada por los daños morales ocasionados por la pérdida de oportunidad y consecuente muerte de su padre, proponiendo indemnizar con la cantidad total de 40.141,89 €, de los que (...) deberá abonar la cantidad de 20.070.945 € y (...) la cantidad de 20.070.945 €.

2. El SIP en su informe nos indica, a la vista de la historia clínica del paciente, la siguiente sucesión cronológica de hechos:

- El paciente, de 57 años, contaba con los siguientes antecedentes: Pielonefritis aguda, Diabetes Mellitus tipo 2, con frecuentes descompensaciones, insuficiencia cardíaca izquierda, osteoartrosis, anemia, claudicación intermitente, EPOC, alergia al ibuprofeno.

- El 24 de diciembre de 2013, sobre las 19:00, es atendido en el Centro de Salud de La Orotava Dehesas, para ser tratado de taquicardia paroxística.

- A las 19: 43 hrs., se recibe llamada en el Centro Coordinador de Emergencias y Seguridad (CEOES 112) procedente del Centro de Salud de la Orotava-Dehesas, en la que se solicita traslado de un paciente a un centro hospitalario por presentar disnea severa (insuficiencia respiratoria aguda)

- Dada las dificultades estimadas por la médico coordinadora del Servicio de Urgencias Canario (SUC), se decide su traslado en ambulancia de Soporte Vital Básico, previo tratamiento específico. Dada la situación del paciente, se decidió que el médico y el enfermero del centro de salud con equipamiento del propio centro, monitorizaran al paciente durante su traslado en ambulancia, con destino a (...), por su cercanía, para que el paciente pudiera continuar recibiendo la asistencia adecuada a su estado. El traslado transcurrió sin incidencias reseñables y finalizó a las 20:34 hrs.

- A las 20:36 hrs., es admitido en Urgencias de (...). En la Historia Clínica se recoge: Paciente presenta mal estado en general, palidez cutáneo mucosa y sudoración, ruidos cardíacos taquicárdicos a 152 latidos por minuto, tensión arterial

147/75, saturación de oxígeno disminuida: 87 %, crepitantes en ambas bases pulmonares, de predominio izquierdo, roncus en todos los campos pulmonares, taquioneico (frecuencia respiratoria elevada), abdomen blando y depresible, no doloroso, sin masas ni megalias, no edemas en miembros inferiores.

- Ante la clínica del paciente se consideró imprescindible realizar los siguientes exámenes complementarios: Radiografía de tórax, analítica, gasometría arterial y electrocardiograma.

- De la exploración física y de las pruebas complementarias requeridas, se obtienen los siguientes diagnósticos: Disnea y alteraciones respiratorias (insuficiencia respiratoria aguda), Neumonía por organismo sin especificar (sepsis bacteriana), insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus en descompensación hiperosmolar, hiperglucemia, insuficiencia renal aguda. Se aplica tratamiento.

- A las 22:00 hrs., tras nueva valoración por la médico de urgencias, consta que el paciente presenta condiciones generales regulares, se encuentra vigil, orientado en el tiempo, espacio y persona, su tensión arterial es 147/70, frecuencia cardíaca 125 lpm, saturación de oxígeno 98%, glucemia capilar 565, palidez cutánea acentuada, no signos de hipoperfusión, llenado capilar conservado, cuello sin ingurgitación yugular. A la auscultación cardiopulmonar presenta tórax hipoexpandible, tiraje intercostal y utilización de musculatura accesoria, murmullo vesicular presente, crepitantes y estertores universales, ruidos cardíacos normofonéticos, taquicárdicos. Extremidades sin edemas. Se realiza electrocardiograma de control de taquicardia sinusual y tira reactiva de orina con presencia de proteínas +++ sangre+++++, cetonuria+, glucosa+++++, PH 6, densidad 1015.

- Tras reevaluación del paciente a las 22:00 hrs., se ajusta tratamiento.

- Ante la situación grave del paciente se decide su traslado al HUC, centro de referencia de la zona norte de Tenerife, para lo cual a las 22: 15 hrs., se solicita al CEOES 112, una ambulancia sanitizada.

- A las 12:03 hrs., el recurso ya está en Urgencias del Hospital (...) para realizar el traslado. De las conversaciones mantenidas entre el enfermero de la ambulancia, el médico coordinador del SUC y la facultativo de (...), surgen dudas sobre el recurso a activar, finalmente se activa ambulancia sanitizada.

- Se desestabiliza faltando 10-15 minutos para llegar al HUC, la saturación de oxígeno comenzó a caer, la respiración era muy superficial y disminuyó el nivel de consciencia, por lo que se le puso mascarilla laríngea y se le realizó maniobras de ventilación, consiguiendo remontar la saturación a 87 %. Seguidamente comenzó a caer la frecuencia cardíaca hasta quedarse sin pulso en presencia aún de actividad eléctrica en el electrocardiograma, hasta que entró en parada cardíaca en la puerta del HUC, por lo que se comenzó con el masaje cardíaco y se administró ampolla de adrenalina. A su llegada al HUC, a las 12:58, en estado crítico, se continúa con maniobras de reanimación durante aproximadamente 10 minutos hasta revertir la situación de parada cardiorrespiratoria y el paciente quedó hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

- El 26 de diciembre de 2013, a las 10:25 hrs., el paciente fallece en el HUC.

3. La reclamación inicial se centra en la actuación de (...), que, según se alega, ordena la práctica de unas pruebas que conllevan a la demora injustificada del traslado del paciente al HUC, desde las 20:36 hasta el 22:15, del día 24 de diciembre de 2013. Además, se produce un discusión sobre la necesidad de la ambulancia medicalizada, que hace que el ingreso en el HUC no se produzca hasta las 00.58 hrs., tiempo en el que se produce la primera parada cardiorrespiratoria del paciente.

De lo anterior se desprende que la interesada reclama por la pérdida de oportunidad sanitaria que antecedió al desenlace fatal del paciente tanto en cuanto a la falta de práctica de pruebas en (...), como en atención al tipo de ambulancia que debió haber asistido al paciente.

4. En relación con la pérdida de oportunidad, desde la Sentencia de 10 de octubre de 1998 el Tribunal Supremo ha iniciado una línea jurisprudencial hoy ya consolidada favorable a dar valor a la llamada «pérdida de oportunidad» cuando, aunque no resultara patente la presencia del vínculo causal por dificultad en su prueba, concurrieran determinadas circunstancias que evidenciaran una alta probabilidad de que de haberse ofrecido las oportunidades perdidas se hubiera evitado o disminuido el daño. La Sala Tercera del Tribunal Supremo viene admitiendo la aplicación de esta doctrina como criterio de flexibilización de las exigencias para la admisión de la concurrencia del nexo causal especialmente en materia de responsabilidad sanitaria, y la han aplicado a la actuación del facultativo cuando no puede asegurarse que haya sido causante del daño reclamado o, al menos, la única causa, pero sí ha supuesto una pérdida de oportunidad de un diagnóstico o de un tratamiento más temprano. «La omisión de las pruebas y actuaciones tendentes a la

determinación del diagnóstico en un momento anterior, ha privado al paciente de la oportunidad de anticipar un tratamiento que podía incidir favorablemente en la evolución del padecimiento, aun cuando no se evitara el resultado final, privación que consecuentemente ha de ser indemnizada» (STS, Sala III, Sección 6ª, de 23 de octubre de 2007, rec. casación nº 6676/2003). «En la pérdida de oportunidad hay una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que en cierto modo se asemeja a un daño moral, y que es el concepto indemnizable» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 27 de septiembre de 2011, rec. de casación nº 6280/2009). Pues bien, para esta consolidada jurisprudencia «la pérdida de oportunidad constituye un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias» (STS, Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015, FJ 1º, rec. casación nº 1247/2014) (Doctrina reiterada en los DDCC 171/2016 y 152/2017).

5. Por tanto, en atención a la alegación por falta de pruebas sanitarias dejadas de realizar al paciente en (...), de acuerdo con lo expuesto en el informe del Coordinador de Urgencias de (...), y a la vista de la historia clínica del paciente, se considera que no se generó demora injustificada alguna, al contrario, se actuó diligentemente, realizando las pruebas que eran absolutamente necesarias para atender al paciente. Así consta que se practicó un estudio por imagen, gasometría arterial, analítica y electrocardiograma. De los estudios realizados se desprende que el paciente presentaba insuficiencia respiratoria aguda, neumonía por organismo sin especificar, en presencia de sepsis, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus descompensada, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda. Se realizó la reevaluación médica de urgencias, según consta en la historia, el paciente se encontraba en condiciones generales regulares. Por todo ello se practicaron las pruebas y tratamientos necesarios en atención al cuadro clínico que presentaba el paciente.

Por tanto, no se observa mala praxis alguna por parte de los facultativos de (...), probándose que el tiempo que se empleó en la realización de pruebas complementarias era absolutamente necesario para la atención y tratamiento

adecuado del paciente, no apreciándose demora o retraso injustificado ni, por consiguiente, responsabilidad patrimonial derivada de esta primera actuación.

6. Sin embargo, en atención a la alegación referida a la asistencia que el paciente recibió en torno al tipo de ambulancia de debió de asistirle -medicalizada o sanitizada- en atención al estado grave del paciente por lo que finalmente se decidió su traslado al HUC, se considera que la facultativo de (...) debió elegir como primera opción la ambulancia medicalizada - de acuerdo con lo indicado en el informe del SIP de 20 de septiembre de 2017- al igual que el médico del SUC, que a la vista de los datos clínicos del paciente, previamente alertado por el enfermero de larga experiencia en servicios de urgencia y disponiendo también de los conocimientos médicos necesarios, debió de manifestar de alguna forma su opinión acerca de la ambulancia que debía asistir al enfermo, como se desprende de las pruebas practicadas. Todo lo cual, hace a (...) corresponsable, junto a (...), de la decisión sobre el recurso activado.

Finalmente, una vez decidido el traslado en la ambulancia sanitizada, el enfermero intenta llamar en seis ocasiones al Médico Coordinador del SUC, sin ningún resultado, pese a la indicación dada -como es habitual- de llamar en caso de urgencia, justificando el no haber podido coger el teléfono al exceso de trabajo.

En suma, en este caso se aprecia una pérdida de oportunidad, ya que la elección de una ambulancia medicalizada podía haber incrementado las posibilidades de sobrevivir del paciente. Es decir, sin que pueda afirmarse que el resultado hubiera sido distinto, lo cierto es que existe la incertidumbre de lo que hubiera ocurrido si se hubiera optado por la ambulancia medicalizada como primera opción. Al respecto, la STS núm. 169/2018 de 6 febrero, a fin de explicar el concepto de pérdida de oportunidad en el ámbito sanitario trae a colación las siguientes sentencias: *"como se declara en la sentencia de 3 de noviembre de 2010 (recurso de casación 440/2009) en relación con estos supuestos de pérdida de oportunidad, "aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación) los ciudadanos deben contar frente a sus servicios públicos de la salud con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica posee a disposición de las administraciones sanitarias."* Y en ese mismo sentido se declara en la de 13 de octubre de 2011 (recurso de casación 4895/2007), *se produce esa pérdida de oportunidad cuando al paciente se le ha privado de "recibir una correcta asistencia médica que hubiese evitado el daño*

finalmente producido, por lo que entendemos que nos encontramos ante un claro ejemplo de la teoría de la pérdida de oportunidades que nuestro más alto tribunal ha establecido de manera reiterada.”

Se considera adecuado el razonamiento del SIP en cuanto al daño indemnizable, de acuerdo con su informe, considerando que el paciente padecía de un cuadro de Sepsis con índice de gravedad SOFA de, al menos 6 puntos, que indica una mortalidad por Sepsis de aproximadamente un 30%, en la población general, se indemnizaría por pérdida de oportunidad, debido a que se privó al paciente de determinadas posibilidades de curación, al no facilitarse todos los medios adecuados -recurso medicalizado-, por lo que se debe indemnizar pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido igualmente de haberse actuado diligentemente, debido a ello se propone la cantidad de 57.345,56, aminorada en el 30%, lo que asciende a un total de 40.141,89 €. Dicha cantidad se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, de acuerdo con el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.