Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 5 8 4 / 2 0 2 4

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de octubre de 2024.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera 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 como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 551/2024 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El Dictamen, solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad el 13 de agosto de 2024 (con registro de entrada en este Consejo Consultivo el 9 de septiembre de 2024), tiene por objeto la Propuesta de Acuerdo indemnizatorio en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación formulada por (...) por los daños supuestamente causados por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La cuantía reclamada supera los 6.000 €, lo que determina la preceptividad del dictamen, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCC), en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Está legitimada para solicitarlo la Sra. Consejera, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada LCC.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art.

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

No obstante, mediante la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delegó en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaría General, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 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.

4. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva.

4.1. La reclamante ostenta la condición de interesada, en cuanto titular de un interés legítimo [art. 4.1.a) LPACAP y art. 32.1 de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público, LRJSP], puesto que alega haber sufrido, como consecuencia, presuntamente, del funcionamiento anormal del servicio público sanitario, un daño corporal o físico cuyo resarcimiento reclama.

4.2. La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al Servicio Canario de Salud, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. La reclamación ha sido interpuesta dentro del plazo de un año legalmente establecido en el art. 67.1, párrafo primero LPACAP.

6. El plazo para la tramitación del expediente de responsabilidad patrimonial es de seis meses, transcurridos los cuales, si no se notificara al interesado resolución expresa, se produciría silencio en sentido desestimatorio [art. 91.3 LPACAP]. No obstante, la Administración sigue estando obligada a resolver de manera expresa y a notificar su resolución a los interesados en todos los procedimientos [art. 21 LPACAP], también en este.

En el presente supuesto, se ha de tener en cuenta que el procedimiento se inició el día 11 de noviembre de 2019 por el procedimiento ordinario, pero por Resolución n.º 560/24, de fecha de 16 de julio de 2024, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se suspendió el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se acordó su continuación por los trámites del procedimiento simplificado, lo que implica que debía ser resuelto en treinta días a contar desde el

siguiente al que se notifique al interesado el acuerdo de tramitación simplificada. Habiéndose notificado el día 22 de julio de 2024, es evidente que ha transcurrido el indicado plazo para la tramitación simplificada del procedimiento.

Es doctrina reiterada de este Consejo Consultivo que la demora producida no impide, sin embargo, la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración, como se dijo, la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 21.1 y 24.3 b) LPACAP.

II

La reclamación de responsabilidad patrimonial se sustenta en los siguientes antecedentes de hecho que, en síntesis, se extraen de la propia reclamación formulada por la interesada:

- Desde el año 2015, comienza a tener molestias y diversos síntomas anormales en una persona joven, sana y asintomática hasta ese momento, tales como dolores torácicos, bloqueo de la rama derecha, hormigueos, urticaria y migrañas recurrentes.

- Había acudido a los servicios sanitarios en diversas ocasiones durante 2015 y 2016 por dolor torácico que irradia a espalda y cuello, urticaria tras esfuerzo físico y hormigueos en las manos, siendo diagnosticada el 6 de abril de 2016 de enfermedad de Tietze/costocondritis, pero no se le informa del significado del diagnóstico ni se realizan pruebas adicionales como electrocardiograma, entre otras. El 3 de noviembre de 2016 le diagnosticaron síndrome del túnel carpiano, sin tener en cuenta que podía tener alguna relación con la sintomatología presentada anteriormente.

- El 18 de enero de 2017 acude al Centro de Salud de Puerto del Rosario II con dolor torácico repentino que irradia a espalda, náuseas y vómitos, siendo trasladada al Hospital de Fuerteventura, donde tras valorar el electrocardiograma, consideran que la imagen pudiera corresponder con miocarditis o pericarditis. El EKG inicial con elevación de ST en cara inferior y V4-V5 con troponina 0,059 ng/ml (normovalores 0-0,2) por lo que refiere una elevación leve. Unas horas después la troponina se presenta en valores 2,1 ng/ml, lo que descarta miocarditis.

- Se deriva a Gran Canaria, al Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil para cateterismo urgente por cardiopatía isquémica aguda inferior.

- Dicho cateterismo se realizó entre 18 y 20 horas después de su ingreso en el Hospital de Fuerteventura, ya que fue ingresada sobre la medianoche del día anterior. Con un electro patológico, sin haber presentado mejoría ni remisión del dolor a pesar de suministrarle morfina, no fue valorada debidamente dada la sintomatología y los resultados de las pruebas practicadas, ya que según las Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología, se debió realizar fibrinolisis o cateterismo urgente de forma inmediata.

- A consecuencia de dicha tardanza en la aplicación del tratamiento trombolítico (fibrinolisis o cateterismo) fue diagnosticada de pericarditis crónica que, a juicio de la reclamante, se podía haber evitado o haber minorado sus efectos si se hubiese actuado más rápidamente (antes de las 6 horas desde el inicio del proceso) y conforme a los protocolos establecidos.

- Cuando se produce el alta hospitalaria (24/01/2017) no se le prescribe medicación alguna. La medicación para el tratamiento de la pericarditis comienza el 17/02/2017, cuando tiene que acudir al servicio de urgencias del Centro de Salud Puerto del Rosario II por sufrir un episodio de intenso dolor torácico de días de evolución. Actualmente padece pericarditis crónica.

- Con fecha 28/03/2019 se reconoce la incapacidad permanente en grado total para la profesión habitual, equivalente a una discapacidad igual o superior al 33%.

La reclamante señala los siguientes daños derivados de la mala praxis médica en la atención dispensada por el SCS:

- Merma económica derivada de la baja laboral y la consiguiente incapacidad permanente que le impide el desempeño de su profesión habitual.

- Pérdida de calidad de vida debido a la pericarditis crónica que padece.

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial han sido los siguientes:

1. El procedimiento se inicia mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 11 de noviembre de 2019 por (...) en nombre y representación de (...)

Junto con la reclamación se aportaron los siguientes documentos:

- Historia clínica de Atención Primaria relativa al período 23/09/2015 al 26/01/2017.

- Informe del servicio de Urgencias del Centro de salud Puerto del Rosario II del día 18/01/2017.

-Informe clínico de urgencias del Hospital General de Fuerteventura del día 19/01/2017.

- Analítica del día 19/01/2017.

- Informe de Ecocardiograma del día 19/01/2017 del Hospital General de Fuerteventura.

- Informe clínico de alta del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario insular-Materno infantil de 24/01/2017.

- Informe clínico de Urgencias del Centro de salud Puerto del Rosario II del día 16/02/2017.

- Informe clínico de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura del día 17/02/2017.

- Informe Ecocardiograma de 20/02/2017.

- Informe de consulta externa del Servicio de Cardiología del Hospital General de Fuerteventura del día 25/01/2019.

- Resolución de la directora provincial del INSS de fecha 29/03/2019 de reconocimiento de la incapacidad permanente total.

2. Se requirió a la interesada para subsanar y mejorar la reclamación presentada, otorgándole un plazo de diez días a fin de que aportara acreditación de la representación con la que actuaba, por cualquier medio válido en Derecho o mediante declaración en comparecencia personal de la interesada, aportándose, con fecha de registro de entrada de 3 de diciembre de 2019, la documentación requerida.

3. Por Resolución del Director del Servicio Canario de Salud de fecha 4 de mayo de 2020, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

4. En la fase de instrucción se solicitaron y se emitieron los siguientes informes:

- Informe de fecha de 12 de junio de 2024, emitido por la Inspectora Médica adscrita al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) en el que se propone una indemnización de 33.209, 74 euros por pérdida de oportunidad.

- Se solicitó informe de su Médico de Familia sobre los hechos reclamados en relación con la actuación en el ámbito de atención primaria. No consta que éste se haya emitido.

- Se solicitó informe del Servicio de Urgencias y del Servicio de Cardiología sobre las alegaciones tercera, cuarta, quinta, sexta y séptima de la reclamación, así como cualquier otra información que pueda esclarecer el hecho denunciado.

- Se emite informe por la Coordinadora de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura el 18 de mayo de 2020 (folios 1037 y 1038 del expediente).

- Consta en el expediente la Historia Clínica de la reclamante correspondiente tanto al ámbito de Atención Primaria como de Atención Especializada (Hospital General de Fuerteventura y Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno infantil).

5. Mediante Resolución n.º 560/24, de fecha de 16 de julio de 2024, de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, se suspendió el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se acordó su continuación por los trámites del procedimiento simplificado, proponiéndosele entonces a la interesada la terminación pactada o convencional del procedimiento mediante la suscripción de un acuerdo indemnizatorio por importe total de 33.209,74 €.

6. El 22 de julio de 2024 se notificó a la interesada la anterior resolución a fin de que en el plazo de cinco días manifestara su conformidad o no con la terminación convencional del procedimiento mediante la suscripción del correspondiente acuerdo indemnizatorio o efectúe, en su caso, las alegaciones que tuviera por convenientes.

7. Con fecha de registro de entrada de 23 de julio de 2024, por la representación legal de la interesada se presenta escrito manifestando su conformidad a la terminación convencional propuesta**.**

8. El 7 de agosto de 2024 se dictó Propuesta de Acuerdo indemnizatorio por la Secretaria General del Servicio Canario de Salud, en virtud de la cual el Servicio Canario de la Salud reconocería el derecho de (...) a percibir una indemnización en metálico por importe total de treinta y tres mil doscientos nueve con setenta y cuatro euros (33.209,74 €), al considerar que practicados todos los actos de instrucción necesarios para el esclarecimiento de los hechos, ha quedado de

manifiesto que en el presente supuesto concurren los requisitos necesarios para la exigencia de la responsabilidad, esto es la realidad y certeza del evento lesivo ocasionado y la relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y el daño producido.

IV

1. La responsabilidad de las Administraciones Públicas, en el Ordenamiento Jurídico Español, tiene su fundamento primero en el art. 106.2 de la Constitución, al disponer este que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

La remisión que se contiene en el precepto constitucional nos conduce, actualmente, a la aplicación de capítulo IV del Título preliminar de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), cuyo art. 32 dispone:

«Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley».

A partir de dicha regulación constitucional y legal la jurisprudencia ha venido a establecer los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración en la siguiente formulación que encontramos expuesta, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo (Sala Tercera) de 5 de diciembre de 2014 (Sec. 6ª, recurso n.º 1308/2012, ponente (...), Roj STS 4942/2014, FJ 3):

«la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJAPAC: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta».

En el concreto ámbito de la asistencia sanitaria, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (Sec. 4ª, recurso n.º 4397/2010, ponente (...), Roj STS 2494/2015, FJ 5), que se expresa del siguiente modo:

«En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (Sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013 que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido, cabe entender conculcada la lex artis, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal».

Por tanto, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio básico utilizado para establecer su existencia o inexistencia es el de la *Lex Artis*, la cual, en general, impone al profesional de la medicina una obligación del profesional de la medicina de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar y obtener en todo caso la curación del enfermo.

Por ello, la *Lex Artis* constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida.

Finalmente, como hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 124/2024, de 12 de marzo), según el actual art. 32.1 LRJSP –similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,- requisito indispensable para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente caso, el objeto del presente Dictamen es la propuesta de un acuerdo indemnizatorio, que implica la terminación convencional del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

El art. 86 LPACAP regula la terminación convencional como posibilidad de finalización del procedimiento administrativo, de este modo, través de la terminación convencional, las Administraciones públicas podrán llegar a acuerdos, pactos, convenios o contratos, con personas tanto de derecho público como privado, siempre que estos no contraríen el ordenamiento jurídico y cuyo objetivo sea «*satisfacer el interés público que tienen encomendado*» y, con el límite de que no tenga por objeto materias no susceptibles de transacción.

En el ámbito de la responsabilidad patrimonial, en el apartado 5 del citado precepto se establece que «*en los casos de procedimientos de responsabilidad patrimonial, el acuerdo alcanzado entre las partes deberá fijar la cuantía y modo de indemnización de acuerdo con los criterios que para calcularla y abonarla establece el artículo 34 de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público*».

En el presente asunto se ha propuesto a la interesada la posibilidad de terminación del procedimiento por acuerdo indemnizatorio, tras la emisión del informe del Servicio de Inspección y Prestaciones y tras recabar la totalidad de la documentación clínica de la reclamante.

Así, cuando se recibió por el instructor el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones se decidió suspender el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y continuarlo por los trámites del procedimiento simplificado, de conformidad con lo previsto en el art. 96.4 LPACAP, que dispone: «*En el caso de procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, si una vez iniciado el procedimiento administrativo el órgano competente para su tramitación considera inequívoca la relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión, así como la valoración del daño y el cálculo de la cuantía de la indemnización, podrá acordar de oficio la suspensión del procedimiento general y la iniciación de un procedimiento simplificado*».

De esta regulación se entiende que en materia de responsabilidad patrimonial el procedimiento administrativo ha de iniciarse siempre con arreglo a las normas generales y solo una vez iniciado de este modo puede reconducirse a la tramitación simplificada si se aprecian el carácter inequívoco de la relación de causalidad entre la actuación administrativa y la lesión, así como la valoración del daño y el cálculo de la indemnización.

En el art. 96.6 LPACAP se regulan los trámites que deben contener los procedimientos tramitados de manera simplificada, indicando:

«*Salvo que reste menos para su tramitación ordinaria, los procedimientos administrativos tramitados de manera simplificada deberán ser resueltos en treinta días, a contar desde el siguiente al que se notifique al interesado el acuerdo de tramitación simplificada del procedimiento, y constarán únicamente de los siguientes trámites:*

a) Inicio del procedimiento de oficio o a solicitud del interesado.

b) Subsanación de la solicitud presentada, en su caso.

c) Alegaciones formuladas al inicio del procedimiento durante el plazo de cinco días.

d) Trámite de audiencia, únicamente cuando la resolución vaya a ser desfavorable para el interesado.

e) Informe del servicio jurídico, cuando éste sea preceptivo.

f) Informe del Consejo General del Poder Judicial, cuando éste sea preceptivo.

g) Dictamen del Consejo de Estado u órgano consultivo equivalente de la Comunidad Autónoma en los casos en que sea preceptivo. Desde que se solicite el Dictamen al Consejo de Estado, u órgano equivalente, hasta que éste sea emitido, se producirá la suspensión automática del plazo para resolver.

El órgano competente solicitará la emisión del Dictamen en un plazo tal que permita cumplir el plazo de resolución del procedimiento. El Dictamen podrá ser emitido en el plazo de quince días si así lo solicita el órgano competente.

En todo caso, en el expediente que se remita al Consejo de Estado u órgano consultivo equivalente, se incluirá una propuesta de resolución. Cuando el Dictamen sea contrario al fondo de la propuesta de resolución, con independencia de que se atienda o no este criterio, el órgano competente para resolver acordará continuar el procedimiento con arreglo a la tramitación ordinaria, lo que se notificará a los interesados. En este caso, se entenderán convalidadas todas las actuaciones que se hubieran realizado durante la tramitación simplificada del procedimiento, a excepción del Dictamen del Consejo de Estado u órgano consultivo equivalente.

h) Resolución».

Se ve que el conocido como procedimiento administrativo simplificado no es verdaderamente un procedimiento genuino y distinto del general, pues de la normativa expuesta se desprende que de lo que se trata bajo esta denominación es del mismo modelo del llamado procedimiento ordinario, con la abreviación de trámites y de plazos. A mayor abundamiento, es un procedimiento inserto en el procedimiento ordinario, ya que no cabe su iniciación autónoma del mismo, sino tan sólo puede plantearse una vez iniciado éste.

Y de los preceptos citados se deriva que para la sustanciación simplificada del procedimiento y la resolución del mismo por acuerdo indemnizatorio, se exigen una serie de requisitos, entre los que se encuentra la existencia de una inequívoca relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida**.**

La opción que da el legislador, por tanto, es que una vez haya sido iniciado el procedimiento, el que llamamos general, si es evidente (*inequívoco*, como dice el

precepto transcrito para uno de sus elementos) que en el supuesto concreto concurren los elementos para que proceda la indemnización, la Ley permite obviar trámites y abreviar tiempos de su ejecución. En el caso de este procedimiento que examinamos, cuando se acuerda la tramitación simplificada ya habían transcurrido más de cuatro años, y los únicos trámites pendientes eran la apertura de un período probatorio, aunque la prueba propuesta era únicamente prueba documental incorporada al expediente, y el trámite de audiencia.

Se constata así que la tramitación simplificada del procedimiento de responsabilidad patrimonial se sigue ciñendo a casos que podemos llamar «*claros*», aquellos en los que con toda seguridad procede estimar la petición del interesado y procede fijar la cuantía de la reclamación.

3. Por tanto, lo que ahora nos compete es analizar si en el presente caso era evidente y clara la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, concurriendo la inequívoca relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida, así como la valoración del daño y el cálculo de la indemnización, para lo cual resulta imprescindible partir de las consideraciones contenidas en el informe emitido por el SIP, en el que se fundamenta la propuesta del acuerdo indemnizatorio, puesto que es necesario que obre y se manifieste en el expediente la documentación y los razonamientos adecuados que permitan considerar que aquellas exigencias legales -relación de causalidad, valoración del daño, cuantía de la indemnización- se han satisfecho y que la indemnización finalmente acordada, es decir propuesta y aceptada, esté clara y plenamente justificada. No se trata, por tanto, de un simple reconocimiento pactado de la responsabilidad con el fin de eludir o evitar la continuación del procedimiento, sino que ese pacto o acuerdo debe ajustarse al ordenamiento jurídico tanto en su forma y los trámites que llevan a él, como en su materia o contenido, de manera que como la propia ley recuerda y también exige que el reclamante perciba una indemnización calculada conforme a lo establecido en el art. 34 LRJSP.

Recordemos que en la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada se refería o describía el daño antijurídico desde el punto de vista de una inadecuada actuación médica en el hecho de que había existido un retraso en el tratamiento del infarto agudo de miocardio o IAM, pues a pesar de presentar sintomatología propia de dicha patología y de los resultados de las pruebas participadas, en el servicio de urgencias del Hospital General de Fuerteventura, no se realizó fibrinolisis o cateterismo urgente de forma inmediata, y ello ocasionó a la

reclamante una pericarditis crónica que, a su juicio de la reclamante, se podía haber evitado o haber minorado sus efectos si se hubiese actuado más rápidamente (antes de las 6 horas desde el inicio del proceso) y conforme a los protocolos establecidos.

Pues bien, el SIP tras el examen completo de la historia clínica de la paciente concluye lo siguiente:

«El 18 de enero de 2017 aproximadamente a la 22:30 horas la reclamante inicia dolor centrotorácico opresivo, de comienzo súbito irradiado a espalda, acompañado de palidez, náuseas y vómitos.

Acude al Centro de Salud donde se realiza ECG que objetiva elevación de ST en V4 y en otras derivaciones. Tras Vernies desnivela V4 persistiendo en otras derivaciones ligera elevación con T negativa de V1 a V3. Se deriva al Hospital General de Fuerteventura.

A la vista de la actuación se sospecha IAM y siguiendo las guías se administró tratamiento adecuado y derivación a hospital en un tiempo inferior a 90 minutos como indica CODIOCAN (Codigo de Infarto Canarias).

Llega al hospital a las 00:49 horas del 19 de enero de 2017 y pasa directamente a cuarto de paradas, 01:20 horas. Se objetiva a las 1:28 horas que el dolor aumenta al sentar a la paciente y mejora al tumbarla. A las 1:53 horas que se modifica con cambios de posición, movimientos torácicos y tos. Además mejora con antiinflamatorio frente a no mejoría con nitroglicerina,

Estas características clínicas junto a la observación del ECG llevan al diagnóstico de miocarditis/pericarditis».

En el informe, además, se explica que la miocarditis «hace referencia a una inflamación del musculo cardíaco que puede tener su causa en infecciones, sustancias toxicas o procesos autoinmunitarios.

En el presente caso consta como antecedente próximo infección urinaria. En relación a las manifestaciones, la miocarditis imita el curso del síndrome coronario agudo en cuanto que observamos dolor torácico, cambios del ST-T en el ECG, a veces trastornos de la contractilidad y aumento de los niveles de troponinas cardíacas en presencia de necrosis de cardiomiocitos.

En contra de la afirmación de la reclamante la elevación de enzimas cardíacas no es específico de un infarto agudo de miocardio. La presencia de estas enzimas lo que indican es la necrosis del musculo cardíaco por tanto presentes entre otros proceso en el infarto agudo pero también en la miocarditis.

En esta línea ha informado el Servicio de Urgencias "En ningún caso, el nivel de troponina de 2,1 ng/ml, obtenido en la muestra tomada a la paciente a las 08 h del día de su

ingreso elimina el diagnostico de miocarditis tal y como se hace constar en el punto 4 de las alegaciones presentadas (...) ".

Por su parte, en el informe del Servicio de Cardiología se expresa que "Las troponinas son marcadores de daño miocárdico, por tanto su elevación no descarta la presencia de miocarditis, ni asegura la presencia de infarto, tan solo del "daño miocardio".

Al igual que ocurre con la elevación comentada de las troponinas, ante los cambios en el ECG relativos la elevación del ST hay que hacer diagnostico diferencial entre IAM, angina por vasoespasmo, repolarización precoz, pericarditis aguda, hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI), aneurisma del ventrículo izquierdo, bloqueo de rama (BR), , hiperkalemia, miocardiopatia y marcapasos ventricular.

En definitiva, las manifestaciones electorcardiográficas de la miocarditis y pericarditis pueden simular las de un síndrome coronario agudo.

Como se ha comentado el dolor de la paciente aumento al sentarla y mejoro al tumbarla. Se modifico con cambios de posición, movimientos torácicos y tos. Además mejoro con antiinflamatorio frente a no mejoría con nitroglicerina.

Esta clínica fue compatible con el diagnóstico de pericarditis, patología en la que el dolor se agrava con la tos, inspiración, deglución, aumenta con el decúbito supino, la rotación del tórax y elevación del los brazos. Lo alivia la sedestación, posición genupectoral y decúbito prono así como los antiinflamatorios».

Por tanto, a juicio de la Inspectora médica del SIP la clínica de la paciente, así como los resultados de las pruebas eran compatibles con el diagnóstico de miocarditis y pericarditis.

Y añade que: *«Realizado el ecocardiograma a las 12 horas del 19 de enero de 2017 la paciente fue diagnosticada de IAM.*

Si bien el diagnóstico inicial de miocarditis/pericarditis supuso un retraso en la revascularización, objeto del tratamiento del IAM, esta pudo ser llevada a cabo mediante angioplastia primaria en el Hospital Universitario Insular de GC a las horas 17:15 horas del día 19 de enero de 2017».

En cuanto a la no realización de trombólisis, el informe del SIP señala:

«Exponemos que como alternativa para la reperfusión de la arteria coronaria obstruida encontramos el tratamiento de trombólisis con fármacos fibrinolíticos, la angioplastia primaria y el tratamiento quirúrgico. La opción terapéutica va a depender del momento de evolución del infarto y del escenario en el que se encuentre la persona enferma.

La trombólisis estaría indicada en las primeras 12 horas de evolución pero es más eficaz en las primeras 3-4 horas. Su efectividad es del 60-80.

Con la angioplastia primaria se revierte el flujo en el 90% de los casos.

Si bien en el presente caso no pudo realizarse fibrinolisis previa con la posibilidad de angioplastia de rescate posterior en el supuesto de fallo de aquella, si que pudo realizarse angioplastia primaria consiguiéndose la revascularización de la arteria obstruida, en este caso la circunfleja».

Puede deducirse que en este caso con el retraso en el diagnóstico se perdió la oportunidad de realizar la fibrinolisis, aunque sí pudo realizarse la angioplastia primaria consiguiéndose el resultado esperado, la revascularización de la arteria obstruida.

Continúa explicando el SIP que *«El infarto de miocardio es la necrosis miocárdica secundaria a la reducción súbita del flujo sanguíneo coronario hacia un área del miocardio. Cuanto más rápida sea la revascularización menor seria la necrosis muscular y la afectación de la función ventricular.*

El tejido infartado desarrolla una disfunción permanente, aunque existe una zona adyacente al mismo con isquemia potencialmente reversible.

En el presente caso, a la llegada al Centro de salud ya existía necrosis en zona del miocardio infero-postero-lateral correspondiente a las alteraciones en ST observadas en el ECG. Esta situación se corresponde con el estado funcional objetivado en el ecocardiograma del 19 de enero de 2017 realizado en el Hospital General de Fuerteventura.

Realizada la angioplastia, el 23 de enero presentó dolor de características pericárdicas sin cambios en el ECG respecto a los previos y pericarditis epistenocardica».

No obstante, en el informe del SIP se indica que: *«tras un infarto de miocardio es posible como secuela una afección de la función y la presencia de pericarditis. En alrededor de dos terceras partes de los pacientes hospitalizados debido a infarto agudo de miocardio se detecta cierto grado de insuficiencia cardíaca. El tejido isquémico (no infartado) puede presentar un trastorno de la contractilidad y de la relajación que deja segmentos hipocineticos o acineticos, puede persistir un miocardio disfuncionante pero no necrosado con posibilidad de recuperar eventualmente su función. Por su parte, la isquemia con compromiso del musculo papilar puede ocasionar insuficiencia mitral».*

Finalmente la Inspectora médica procede a valorar si hubo repercusión funcional en relación con la demora del diagnóstico de IAM. Para lo cual tiene en cuenta los siguientes elementos:

- *«FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo): A mayor extensión del infarto mayor grado de insuficiencia cardíaca. En la estancia en Fuerteventura FE 53%; tras la revascularizacion FE 45% (ligera depresion de la funcion VI).*

Una FEVI del 45-50% indica que el corazón esta solo un poco más débil de lo normal (disfuncion ventricular izquierda leve). Entre el 35-45% hablamos de disfuncion moderada del ventriculo izquierdo.

Se habla de fraccion de eyeccion (FEVI) intermedia entre 40% y 49%.

FEVI deprimida < 40% y preservada ≥ 50% 4.

- Insuficiencia mitral por isquemia del musculo papilar: Los músculos papilares son fundamentales para el correcto funcionamiento de la válvula mitral del ventrículo izquierdo. La insuficiencia mitral se produce por el cierre defectuoso de dicha válvula que genera una fuga (regurgitación) de sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la aurícula izquierda en cada latido En la estancia en Fuerteventura se describe insuficiencia mitral moderada con reflujo en válvula mitral. Tras la revascularizacion insuficiencia mitral ligera.

La insuficiencia mitral (IM) isquemica tras un infarto agudo de miocardio es una complicacion frecuente. Aparece en un 10-20% de los pacientes que sufren IAM.

- Pericarditis epistenocardica: Se pueden distinguir 2 formas de pericarditis postinfarto: una forma temprana (pericarditis epistenocardica) y una forma tardia (sindrome de Dressler).

La Pericarditis epistenocardica producida por la exudacion directa, ocurre en el 5-20% de los infartos transmurales pero con frecuencia pasa clínicamente desapercibida.

Puede manifestarse como un roce pericardico con síntomas poco expresivos, siendo menos frecuentes las alteraciones electrocardiograficas típicas.

El síndrome de Dressler aparece entre 1 semana y varios meses después del infarto, con una clínica similar a la del síndrome posdano cardiaco. Es un cuadro de pericarditis aguda con síntomas floridos, a menudo acompañada de pleuritis y derrame pleural, su etiología es probablemente autoinmune».

Y finalmente se concluye:

«Al plantearnos las consecuencias de la actuación del servicio sanitario no podemos olvidar que el paciente sufrió una cardiopatía isquémica.

El síndrome coronario agudo es una patología que presenta una elevada tasa de complicaciones a corto y largo plazo y que son la causa de su elevada morbi-mortalidad.

No obstante, cuanto antes se actúe y sobre todo si existe posibilidad de revascularización de la zona afectada, el daño del miocardio será menor y con ello las posteriores disfunciones cardíacas. Un retraso en el diagnostico del síndrome coronario agudo y por tanto en la instauración del tratamiento adecuado, se asocia a mayor afectación del miocardio (área de necrosis), deterioro de la función ventricular izquierda y mayores complicaciones mecánicas entre las que se encuentra la insuficiencia mitral.

Por tanto, el objeto de discusión es ponderar la repercusión que la demora en el diagnostico ha podido tener sobre el desarrollo de las complicaciones postinfarto sin poder afirmar que estas tengan su origen de forma exclusiva en dicha demora a la vista de la entidad sufrida IAM.

Dado que la paciente sufre un cuadro de IAM y por tanto con posibilidad de presentar como secuelas tanto disfunción ventricular como pericarditis epistenocardica y que no podemos determinar la extensión de necrosis en el tiempo de demora para la revascularización, solo podemos recurrir a comparar los distintos estudios de ecoccardiografia para determinar la pérdida de oportunidad. Ademas, el cuadro de IC en la paciente mejoro en el tiempo.

Así, en el Servicio de Cardiología el 14 de mayo de 2020 se expone como diagnósticos disfunción sistólica del VI (CF II-III de la Nyha) posteriormente mejorada. Insuficiencia mitral leve. Pericarditis. Enfermedad autoinmune de etiología genética predisponente a hipercoagulabilidad.

Por tanto, las secuelas iniciales del infarto de miocardio sufrido fueron pericarditis epistenocardica, ligera depresion de la funcion VI e insuficiencia mitral leve.

Ya en ecocardiografia de noviembre de 2023 se describe función sistolica global conservada (FE 56% por Simpson BP) y sin alteraciones de la motilidad regional y el 18 de enero de 2024 en el Servicio de Cardiologia: Asintomatica, sin descompensacion. No cambios de la clase funcional, disnea al subir pendientes. Sin ortopnea ni DPN ni edemas.

Se escribe en esa fecha: Disfuncion sistolica del VI leve, con CF II de la NYHA.

Dilatacion leve-moderada del VI. Ambas recuperadas en ECO TT de noviembre de 2023. Insuficiencia mitral leve- moderada.

Se escribe el 22 de enero de 2024: Función sistolica global del ventrículo izquierdo conservada, sin alteraciones de la contractilidad segmentaria. Tamaño del ventrículoizquierdo normal. Insuficiencia mitral leve.

Se propone como secuelas valorarles las expresadas a continuación, aunque no demostrable que se deban unicamente al periodo de retraso diagnostico lo que conduce a ponderarlas bajo el concepto de perdida de la oportunidad de que el IAM sufrido evolucionara sin secuelas: Recuperación de la función sistólica VI. Insuficiencia mitral leve. Pericarditis.

Se aplican las cuantías correspondientes al año del hecho causante 2017 sin perjuicio de su actualización en el momento de abono de la misma."

4. Del contenido del informe cabe en principio concluir que el SIP considera que no se puede confirmar con certeza que las lesiones que presenta la reclamante

postinfarto sean consecuencia de la tardanza o demora en el diagnóstico, pues señala que no se puede afirmar que las complicaciones postinfarto tengan su origen de forma exclusiva en dicha demora. Por tanto, considera que el concepto indemnizable no son las secuelas pues no se ha demostrado que se deban únicamente al periodo de retraso diagnóstico, sino la pérdida de oportunidad de que el IAM sufrido evolucionara sin secuelas**.**

Sobre la doctrina de la pérdida de oportunidad como único título de imputación del daño al Servicio Canario de la Salud, procede indicar que la razón de la acogida por parte de la Jurisprudencia de esta doctrina se mueve en un plano singular. Concretamente, se sitúa en el terreno de la incertidumbre, como, entre tantas otras, señalan las Sentencias de 19 de octubre de 2011 (RC 5893/2006) y de 22 de mayo de 2012 (RC 2755/2010) del Tribunal Supremo, Sala Tercera, de lo Contencioso-administrativo: «*la denominada "pérdida de oportunidad" se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de este mismo*».

Y en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009 (RC 1593/2008):

«La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente. (FD 7º)».

En definitiva, como afirma la Sentencia de 21 de diciembre de 2012 (RC 4229/2011) la doctrina de la pérdida de oportunidad «***existe en aquellos supuestos***

en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma».

En este sentido cumple señalar que se trata de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de responsabilidad («*un régimen especial de imputación probabilística*», atendiendo a lo establecido por la Sala Primera de este Tribunal: Sentencia de 16 de enero de 2012).

Proyectadas estas consideraciones sobre el caso que nos ocupa, resulta así que si no se hubiese incurrido en lo que se tiene por «*retraso diagnóstico*», hubiese podido ello redundar en términos hipotéticos en la mejoría del ulterior estado de salud de la paciente. En este caso, lo que cabe deducir de los documentos y del informe repetido y transcrito (y a lo que se anuda la inequívoca relación de causa a efecto que la ley exige, art. 96,4 LRJSP) es que se produjo más bien una demora en el tratamiento y no tanto una demora en el diagnóstico, habida cuenta de la «*dificultad diagnóstica*» que parecía haber y que es insinuada y en ocasiones referida en el informe, pese a lo cual aunque el mismo informe menciona con claridad el retraso diagnóstico o *demora en el diagnóstico* como una causa posible de algunos de los efectos del infarto o de su agravación, siempre en términos de posibilidad o probabilidad, y no en términos de certeza o seguridad.

Y este razonamiento o argumentación probabilística o posibilista se estima ajustada a la naturaleza del propio concepto de pérdida de oportunidad que se ha acuñado y aplicado en nuestra doctrina y en la práctica judicial, justamente con el apoyo de la jurisprudencia antes citada, pues ni cabe afirmar con absoluta certeza que la agravación obedezca a la demora ni tampoco cabe afirmar que, si esta no hubiera existido, tampoco se habría ocasionado aquella, incertidumbre que no impide establecer una inequívoca relación de causa a efecto en los términos que la ley exige, aunque el propio SIP admita la relación probable entre la demora en la actuación y las secuelas, sin perjuicio de ponderar (y minorar) sus consecuencias en la determinación del daño, pues la probabilidad, por elevada que sea, no puede ser equiparada a la certidumbre.

5. Lo expuesto podría acaso conducir a la conclusión de que es cuestionable el haber acudido a la tramitación simplificada del procedimiento, entendiéndose que no concurrían los requisitos previstos en el art. 96 LPACAP. Si así se pensara, parecería que no está justificada la tramitación simplificada del procedimiento, puesto que no se estaba ante un procedimiento de escasa complejidad, ni sería un caso *claro*, ni

habría habido una inequívoca relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión, pues, precisamente la doctrina de la pérdida de oportunidad existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexo causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma.

Los términos en los que se expresa el informe del SIP serían, entonces, incompatibles con una inequívoca relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión, y con un caso claro y evidente que permitan acudir a esta tramitación simplificada.

Sin embargo, tal imposibilidad de que la doctrina y las reglas de la pérdida de oportunidad se apliquen y utilicen a través del trámite procesal simplificado -afirmación posiblemente sostenible, aunque polémica, como venimos diciendo- no se ha puesto en cuestión y no parece impedir que, en este concreto procedimiento, se produzca ahora la terminación pactada que se somete a nuestro Dictamen.

Es así porque las reticencias expresadas en los párrafos anteriores, es decir, la posible incompatibilidad entre el procedimiento simplificado y la aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad no impide que el procedimiento de responsabilidad patrimonial finalice por Resolución estimatoria o por acuerdo indemnizatorio (art. 86 LPACAP).

La posibilidad de llegar a un acuerdo indemnizatorio que ponga fin al procedimiento no exige necesariamente la suspensión del procedimiento general y su continuación por la vía de la tramitación simplificada, lo cual sólo se justifica, en general, si de dan los requisitos previstos legalmente. Es decir, es legalmente posible que sustanciado el procedimiento por todos sus trámites se pueda llegar a un acuerdo indemnizatorio con el reclamante y que se produzca, así, su terminación convencional.

En este caso, se ha dado trámite de audiencia a la interesada sobre la propuesta de acuerdo indemnizatorio, manifestando aquella su conformidad al mismo, por lo que se considera que el citado acuerdo es jurídicamente viable, pues estamos ante una materia susceptible de transacción y no resulta contraria al ordenamiento jurídico, pues existe una fundamentación razonada y suficiente sobre la concurrencia de la pérdida de oportunidad, cuestión distinta es la cuantía indemnizatoria sobre la que volveremos en el siguiente apartado.

La repercusión que tiene el haber seguido la tramitación simplificada si no concurriesen los requisitos para ello, no ha de producir un efecto invalidante del

procedimiento, puesto que los trámites omitidos en este caso, eran la apertura de período probatorio, pero como ya se ha indicado la prueba propuesta por la reclamante en su escrito de reclamación (art. 67.2 LPACAP) era únicamente documental, y por otro el trámite de audiencia. En este caso, dicho trámite se entiende otorgado, toda vez que se ha notificado a la reclamante la resolución por la que suspende el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, se acuerda su continuación por los trámites del procedimiento simplificado y se propone la terminación convencional del procedimiento mediante la suscripción de un acuerdo indemnizatorio, a fin de que manifieste su conformidad o no con la terminación convencional del procedimiento o efectúe, en su caso, las alegaciones que tengan por conveniente. De este modo, no se ha producido indefensión de la interesada, mostrando además su plena conformidad con el acuerdo indemnizatorio propuesto.

En conclusión y en resumen, queda acreditado que la perdida de oportunidad sufrida por la interesada es un daño cierto y real y que ese daño es imputable, de modo inequívoco, al SCS, por lo que ningún reparo procedimental cabe hacer a su reconocimiento ya que nada impide, como decimos, que ello se produzca mediante un trámite más breve, en el cual sin embargo se han respetado las exigencias legales y las garantías procesales y materiales de la interesada.

Ello permite estimar ajustada a derecho, como finalmente se dirá, la Propuesta sometida a Dictamen.

6. Por último, respecto a la cuantía indemnizatoria propuesta, debemos partir de lo dispuesto en el art. 86.5 LPACAP que establece *«En los casos de procedimientos de responsabilidad patrimonial, el acuerdo alcanzado entre las partes deberá fijar la cuantía y modo de indemnización de acuerdo con los criterios que para calcularla y abonarla establece el artículo 34 de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público».*

Y el art. 34.3 LRJSP señala: *«La cuantía de la indemnización 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, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, o, en su caso, a las normas presupuestarias de las Comunidades Autónomas».*

Pues bien, de tales preceptos se deriva que aunque se pueda llegar a un acuerdo indemnizatorio, la indemnización que se fije deberá cumplir con lo previsto en el art.

34 citado, por tanto dentro de ese acto convencional, existen elementos reglados que no pueden ser desconocidos por la Administración a la hora de formalizar el acuerdo.

Dicho lo anterior se advierte que la indemnización reconocida deberá ser actualizada 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, pues la cuantía establecida por el SIP en su informe no contiene la necesaria actualización al señalar «*Se aplican las cuantías correspondientes al año del hecho causante 2017 sin perjuicio de su actualización en el momento de abono de la misma*».

Y por otra parte no se incluyen los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, o, en su caso, a las normas presupuestarias de las Comunidades Autónomas.

A la suma indicada en la propuesta de acuerdo, que deberá ser actualizada en los términos indicado, deben añadirse los intereses legales desde el día en que se presentó la reclamación administrativa.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Acuerdo indemnizatorio, se considera conforme a Derecho, pero deberá tenerse en cuenta lo indicado en el Fundamento IV, sobre el importe de la indemnización, cuando se formalice el acuerdo indemnizatorio que ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial.