



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 5 6 0 / 2 0 2 0

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 22 de diciembre de 2020.

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 como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 499/2020 IDS)\**.

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

### I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 16 de noviembre de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 17 de noviembre de 2020.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (por ser superior a 6.000 €), de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias 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 legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

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

---

\* Ponente: Sr. Fajardo Spínola.

No obstante, en virtud de 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 delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud 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 Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, 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. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños presuntamente sufridos por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, actuando a través del Servicio Canario de la Salud (SCS).

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó ante la Unidad de Atención al Usuario del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) el 24 de septiembre de 2018 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado el 25 de septiembre de 2017, fecha de alta del proceso asistencial objeto de la reclamación.

## II

La reclamante insta la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Fundamenta la interesada su reclamación en los siguientes hechos:

*«(...) El día 18 de septiembre de 2017 a las 00:04 horas acudí al Centro de Salud, Santa Lucía de Tirajana, por dolor a un lado del estómago (...), hipocondrio derecho irradiado hacia la espalda, y en flanco derecho. Me trataron con buscapina, tramadol, metamizol, primperán y ketoprofeno, dándome el alta y recetándome enantyum 25 mg una cápsula cada 8 horas. Se me recomienda seguir el tratamiento y en caso de no mejora, volver al servicio de urgencia.*

*El mismo día, vuelvo a acudir al Servicio de Urgencias, al haber pasado el efecto de la medicación y encontrarme mal de nuevo, a las 12:00 horas, y, tras tratarlo nuevamente con medicación, deciden trasladarme en ambulancia al Hospital Doctor Negrín, por posible cólico biliar, ante fuertes dolores en zona estomacal, hígado y vesícula.*

*Una vez en urgencias del hospital (...) me realizan pruebas consistentes en análisis de orina y sangre y radiografía. Me administran medicación consistente en analgesia para calmar el dolor mientras tanto. El doctor me comunica que en la radiografía se observan un poco de heces y gases, aunque no me comentan nada sobre el análisis de sangre y de los valores obtenidos. Me ponen un enema, más analgesia fuerte, Dolantina, y alrededor de las 19:30 horas me dan el alta, aliviada por la analgesia.*

*Los dolores van a peor al día siguiente, día 19 de septiembre de 2018, así que vuelvo a acudir al servicio de urgencias del centro de salud del Doctoral. Se me vuelve a aplicar medicación (...), diagnosticándole dolor abdominal cuadrante superior derecho. Se me recomienda tratamiento pautado y seguimiento por médico de cabecera.*

*El día 20 de septiembre de 2018 acudo a mi médico de cabecera para obtener la baja y decido por mi cuenta acudir a realizarme una ecografía o ultrasonido del abdomen superior, privada. En ella me diagnostican colecistitis aguda gangrenosa y me dicen que acuda con urgencia al hospital. Una vez en el Hospital Doctor Negrín, el día 20, (...) observan la ecografía particular y deciden realizar operación quirúrgica de urgencia al presentar colecistitis aguda gangrenosa.*

*Finalmente, una vez realizada la colecistectomía laparoscópica el día 21 de septiembre de 2018, me dan el alta en fecha 26 de septiembre de 2018 tras haber evolucionado favorablemente el postoperatorio. (...) No obstante se aprecia error en la fecha de la operación detallada en informe clínico de alta ya que se establece que la operación se realizó el 22 de septiembre de 2018».*

El objeto de la reclamación se concreta en la defectuosa asistencia prestada el día 18 en el Servicio de Urgencias del Hospital Dr. Negrín, por la que alega que su dolor se prolongó durante días sin necesidad, señalando: «(...) Resulta negligente y de mala praxis médica, el haber procedido a mi alta hospitalaria sin un diagnóstico que permitiera responder a la causa de mi dolor (...)». Añade que, de no haberse realizado la prueba de ultrasonido de abdomen «la colecistitis habría derivado en peritonitis, la cual, en determinados casos, puede derivar en el fallecimiento del paciente».

Por todo lo expuesto solicita una indemnización que cuantifica en 30.000 euros.

### III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 21 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 9 de octubre de 2018 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a que subsane su reclamación, lo que se le notifica el 15 de octubre de 2018, viniendo a aportar escrito de mejora el 19 de octubre de 2018.

- Por Resolución de 9 de noviembre de 2018, de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que recibe notificación ésta el 30 de noviembre de 2018.

- En fecha 9 de noviembre de 2018 se solicita informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), que, tras haber recabado la documentación oportuna (Copia del Historial de Salud del paciente obrante en la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, así como de la obrante en el HUGCDN, Informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del citado hospital, emitido el 5 de diciembre de 2019, e informe del Coordinador del Servicio de Urgencias del mismo hospital, de 30 de noviembre de 2018), lo emite el 29 de agosto de 2019.

- El 19 de diciembre de 2019 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada y se incorpora la documentación clínica e informes recabados durante la instrucción y el informe del SIP, abriendo periodo probatorio de 30 días a fin de que la interesada aporte informe pericial que estime pertinente a cuyo efecto quedan a su disposición, tal y como solicitó, los resultados de las analíticas de Urgencias realizadas en el HUGCDN el 18 de septiembre de 2017. De ello es debidamente notificada la reclamante el 13 de enero de 2020, no aportando nada al efecto.

- El 22 de junio de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 7 de julio de 2020, sin que conste presentación de alegaciones.

- El 20 de octubre de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, y, en igual sentido, Borrador de Resolución del Director

del SCS, informada favorablemente por el Servicio Jurídico el 22 de octubre de 2020. En tal sentido, se emite, pues, Propuesta de Resolución definitiva el 12 de noviembre de 2020.

## IV

1. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente destacar la casi absoluta coincidencia en la descripción de los hechos entre el escrito de reclamación y el informe del SIP, redactado a la vista de la historia clínica de la interesada.

2. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima la pretensión de la reclamante con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia

médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Pues bien, ciertamente, en el presente caso, no se discute, pues así lo señala el informe del SIP, en virtud del informe del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUGCDN, que la asistencia sanitaria recibida fuera incorrecta desde la primera asistencia de la interesada. Por lo que propiamente se reclama es porque, habiendo acudido hasta en tres ocasiones por el mismo dolor la interesada, en ninguna de ellas se le hubiera realizado por la sanidad pública la prueba diagnóstica que determinó la causa de su dolencia, que hubo de ser practicada a instancias de la propia paciente en la privada dada la persistencia del dolor.

Así, efectivamente, señala el informe del SIP que el día 18 de septiembre fue atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Doctor Negrín *«con una clínica compatible con cólico biliar, sin fiebre y con una exploración abdominal sin datos de irritación peritoneal»*. En este momento se trata a la paciente con paciente con analgesia y se le realiza análisis de orina y sangre y radiografía abdominal, siendo el resultado de todas estas pruebas normales sin presentar en este momento datos analíticos de una colecistitis complicada, siendo dada de alta *«asintomática tras recibir tratamiento con analgesia»*.

Al respecto, aclara el informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUGCDN:

*«la sintomatología presentada no requería el ingreso señalando que la ecografía “para acabar de confirmar la presencia de piedras “puede realizarse de forma ambulatoria, en caso de que la paciente no disponga de una ecografía previa.*

*Prosigue el citado informe: Una vez dados de alta (los pacientes) se le recomienda seguimiento y en caso de que recidive el dolor acudir nuevamente al servicio de urgencias. Su evolución natural es a la resolución del cuadro con medicación (analgesia y espasmolíticos), a la persistencia de los mismos o a la aparición de una colecistitis aguda. En este último caso*

*los síntomas empeoran manifiestamente y suelen aparecer fiebre y leucocitosis, así como peritonismo. El mejor método diagnóstico es la ecografía».*

Mas, lo cierto es que, cuando fue derivada al HUGCDN, fue tras ser derivada desde su centro de salud, al que era la segunda ocasión en la que acudía aquejada por el mismo dolor. Así pues, sin perjuicio de la determinación *ab initio* de tal diagnóstico, es lo cierto que la paciente acudió hasta en tres ocasiones a su centro de salud sin que se le hiciera la prueba que, según se señala en el referido informe, es el mejor método de diagnóstico.

Por otro lado, señala el SIP:

*«(...) Según la literatura científica de cólico biliar es el dolor desencadenado por la dilatación aguda de la vesícula biliar secundaria a obstrucción por cálculos o barro biliar. El dolor se presenta bruscamente en hipocondrio derecho y/o epigastrio suele irradiarse a escápula derecha y puede acompañarse de náuseas y vómitos. La exploración abdominal presenta dolor en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. En el cólico biliar simple no suele haber alteraciones analíticas y en la radiografía simple la visualización de los cólicos es la excepción, en el 10% de los casos. Las indicaciones de ecografía urgente son: En caso de fiebre, ictericia o dolor persistente que no mejore con analgesia».*

Este es el caso de la reclamante, al haber acudido hasta en tres ocasiones a su Centro de Salud con dolor que persiste a pesar de la analgesia.

Ciertamente, aclara el SIP que, en su primera atención hospitalaria, de todas las pruebas disponibles se optó por la radiografía simple, tras aclarar que no había sintomatología que hiciera sospechar de colecistitis. Así, se explica:

*«El primer día que acudió a urgencias fue diagnosticada de dolor abdominal inespecífico, posible cólico hepático, tras adecuada anamnesis, exploración física, analítica y RX de abdomen. En ningún momento se objetivó signos de alarma como peritonismo, fiebre, ictericia y/o coluria, o alteraciones en la analítica de sangre.*

*El cólico hepático consiste en un episodio de dolor intenso a nivel de boca del estómago o zona alta derecha del abdomen (hipocondrio derecho) que irradia a espalda y se acompaña de náuseas y/o vómitos. Suele ser secundario a la presencia de piedras en la vesícula una de las cuales se impacta en el tracto de salida de la vesícula tras una ingesta de grasas.*

*Debe ser diferenciado de la colecistitis aguda (inflamación de la vesícula biliar) y de la pancreatitis aguda (inflamación del páncreas)*

*La colecistitis aguda se descartó a priori por no presentar fiebre, peritonismo ni leucocitos (elevación de los glóbulos blancos, que en el paciente eran normales. Estos tres*

*hallazgos se consideran primordiales para hacer pensar al médico en la posible existencia de una colecistitis aguda».*

Por ello concluye:

*«Consideramos que el Médico de Urgencias del HUGCDN (18-09-2017) a tenor de los síntomas y signos detectados en la paciente en el momento de su asistencia, valoración, exploración y pruebas complementarias, en el Servicio de Urgencias, en consonancia con todo ello, decide un diagnóstico y pauta el tratamiento a seguir, consistente en: Enema y analgesia con Dolantina. Entendemos que tal decisión fue la acertada, ajustada a la clínica que presentaba la paciente y en función de la sintomatología que refería en el proceso de enfermedad en el momento de su atención, consistente en: Dolor en hipocondrio derecho irradiado hacia la espalda y flanco derecho. La paciente no presentaba otros síntomas, tales como: Heces de color arcilla, Fiebre, Náuseas y vómitos, Coloración amarillenta de la piel y de la esclerótica de los ojos (ictericia). Por lo que el Médico de Urgencias, de la batería de pruebas imagenológicas escalonadas: Radiografía Simple Abdominal, Ecografía/ultrasonido abdominal, Tomografía Axial Computerizada abdominal (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Colecistografía oral, Gammagrafía de la vesícula biliar con radionúclidos, Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), Ecografía endoscópica (EE), optó por pautar la primera prueba de imagen y la más simple: La Radiografía simple Abdominal, puesto que el resultado de todas las pruebas solicitadas se hallaba dentro de la normalidad».*

Ahora bien, siendo todo esto cierto, como ya indicamos, la paciente, cuando es remitida al HUGCDN es porque ya era la segunda vez que acudía a su centro de Salud aquejada del mismo dolor, que no remitía a pesar de analgesia. Y, tras la asistencia hospitalaria, acude nuevamente, en una tercera ocasión a su centro de salud, donde es reiterado el mismo diagnóstico y pautada nuevamente analgesia, sin realizar una ecografía a la paciente, prueba que, según señala el informe del Jefe de Servicio del HUGCDN, es el mejor método diagnóstico, y puede realizarse ambulatoriamente, estando indicada desde luego en este momento, por cumplir la condición para la realización urgente de ecografía señalada en el informe del SIP: *«Las indicaciones de ecografía urgente son: En caso de fiebre, ictericia o dolor persistente que no mejore con analgesia».*

Por ello, no puede concluirse, como hace la Propuesta de Resolución al señalar:

*«5.- Indicar que un Servicio de Urgencias (es un servicio dinámico) valora y trata la sintomatología aguda, y al Alta hace la recomendación de acudir de nuevo al Servicio de Urgencias -pese al tratamiento pautado-, si persistiese la sintomatología aguda.*



*A buen seguro, de haber existido un segundo ingreso de la paciente en el Servicio de Urgencias del HUGCDN, por la misma sintomatología dolorosa, le habrían practicado la segunda prueba de imagen de la lista escalonada, que era la Ecografía abdominal.*

*Obviamente y por razón de eficiencia en la gestión clínica hospitalaria, nunca se inicia la valoración de un paciente -en la solicitud de pruebas complementarias de imagen- con la prueba radiológica más compleja.*

*Pese a todo ello, la paciente optó por dirigirse al ámbito de la medicina privada, para realizarse una Eco grafía/ultrasonido del abdomen superior, en lugar de regresar al Servicio de Urgencias del HUGCDN por segunda vez y manifestar que continuaba con la sintomatología.*

*En este punto consideramos, que la paciente rompe el nexo continuado de atención, valoración, diagnóstico y tratamiento que existía entre ella y los servicios médicos asistenciales públicos, a los que consultaba por su proceso de enfermedad, e introduce - voluntaria y unilateralmente - una solución de continuidad».*

Y es que, la paciente, antes de decidir acudir a la sanidad privada para la realización de ecografía abdominal acudió en tres ocasiones a su centro de salud, siendo derivada en la segunda ocasión al HUGCDN. No es relevante de cara al paciente quién decida la realización de las pruebas indicadas, si el hospital o el centro de salud, y, si, desde aquí no fue remitida en la tercera ocasión al hospital ni de le realizó allí la ecografía, con independencia de a qué instancia sanitaria sea imputable, lo cierto es que no se pusieron a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos para determinar la causa de sus dolencias, perpetuando las mismas.

Por ello ha de entenderse que la actuación de los servicios asistenciales no fue conforme a la *lex artis ad hoc*, al no poner a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos existentes según el estado de la ciencia en aquel momento, que, sin embargo, sí se adoptaron en el ámbito de la medicina privada por haberlo requerido la interesada.

5. Por su parte, en cuanto a la valoración de la indemnización solicita la reclamante 30.000 euros, mas, se fundamenta la misma en un daño cierto, pues alega que su dolor se prolongó durante días sin necesidad, pero también en un perjuicio hipotético, al señalar que, de no haberse realizado la prueba de ultrasonido de abdomen *«la colecistitis habría derivado en peritonitis, la cual, en determinados casos, puede derivar en el fallecimiento del paciente».*

Pues bien, en este sentido ha de aclararse que, efectivamente, la paciente padeció tres días de dolor que, de haberse diagnosticado su origen con anterioridad, no habría sufrido innecesariamente tres días.

En este sentido, entendemos que sólo cabe indemnizar a la reclamante con la cuantía correspondiente al dolor padecido durante los tres días en los que, desde la segunda vez que acudió a urgencias aquejada del dolor por el que venía siendo tratada, no se le realizó la ecografía para dar con el correcto diagnóstico, hasta que fue intervenida de urgencia (ya justificamos que en la primera asistencia no mostraba síntomas de colecistectomía, pero también se explicó que una de las indicaciones de ecografía urgente es continuar con el dolor a pesar de la analgesia).

Ha de decirse que, si bien apenas transcurrieron tres días de innecesario dolor, ello se debió a la diligencia de la interesada que, dada la falta de medios desplegada por la sanidad pública a pesar de sus múltiples asistencias y reiteradas quejas, acudió a la sanidad privada para realizarse ecografía, que porta ella misma a la sanidad pública para, a la vista de sus resultados, adoptarse la decisión de la intervención urgente.

Así pues, se trata de tres días de dolor innecesario, acompañado del daño moral y la pérdida de confianza que llevaron a la paciente a acudir a la sanidad privada para buscar la solución que no se le ofrecía en la pública, a pesar de su insistencia en el dolor y su propia diligencia en asistir una y otra vez en busca de solución para su dolencia, lo que deberá compensarse por medio de indemnización.

Ante su dificultad de valoración, por tratarse de daño subjetivo, ha de establecerse la indemnización por este perjuicio a tanto alzado, de forma proporcional al daño real causado, que podría cuantificarse según lo expuesto en 6.000 euros.

Ningún otro daño indemnizable ha sufrido la interesada, y es que, el informe del SIP señala:

*«en relación con la asistencia relativa al ingreso hospitalario informa el Servicio de Cirugía que cuando la paciente acude por segunda vez al Servicio de Urgencias del Hospital, la paciente portadora de ecografía informada como "colecistitis aguda no complicada" dada su evolución, ante la persistencia de los síntomas y que en la ecografía se apreció un cálculo enclavado, se decidió intervenir quirúrgicamente con carácter de urgencia. El postoperatorio transcurrió sin incidencias hasta el alta».*

Y concluye:

*«En el informe de Anatomía Patológica se constató una “colecistitis aguda y crónica”. En ningún momento ni de la clínica, ni la analítica, ni siquiera la ecografía (colecistitis aguda no complicada) hacían pensar la existencia de una colecistitis grave evolucionada. Aun así fue intervenida quirúrgicamente y la evolución posterior ha sido en todo momento favorable. En todo el proceso asistencial se ha actuado según los protocolos de actuación vigentes en nuestra unidad».*

Así es que la paciente fue dada de alta sin complicaciones, y sin secuelas, no siendo indemnizable el hipotético daño que, de no haber sido intervenida, hubiera sufrido, por no ser daño cierto, pues no se concretó, amén de que, como señala el referido informe, de las pruebas realizadas no se infería una colecistitis grave complicada, a pesar de lo que fue intervenida de urgencia.

6. Por las razones expuestas, concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede estimar parcialmente la reclamación formulada por la interesada en los términos señalados en el presente informe, e indemnizar a la interesada por el daño sufrido en la cantidad de 6.000 euros, cuantía indemnizatoria que habrá de actualizarse de conformidad con lo previsto en el art. 34.3 LRJSP, que hace referencia a la actualización de la cuantía de la indemnización señalando que se realizará a la fecha que ponga fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad fijado por el Instituto Nacional de Estadística.

## CONCLUSIÓN

La Propuesta Resolución no es conforme a Derecho, procediendo estimar parcialmente la reclamación interpuesta.