ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 18 de marzo de 2005, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial en demanda de indemnización por los daños derivados de la asistencia prestada por los servicios públicos sanitarios.

Según relata la actora, en febrero de 2004 comenzó a sufrir molestias en la zona genital, con fuertes dolores en abdomen y en la zona de los riñones, por lo que acudió en diversas ocasiones a urgencias y a su médico de atención primaria que la derivó a un especialista. Los servicios públicos sanitarios fueron incapaces de diagnosticarle lo que le sucedía, indicándole que padecía una infección de orina sin importancia.

A finales de marzo acude a un especialista privado que, tras realizarle una ecografía, le indica que tiene un quiste.

El 5 de abril acude a urgencias ante el agravamiento de los dolores, siendo ingresada. El 8 de abril es operada de urgencia, porque el quiste se había expandido y reventado. A consecuencia de la intervención le extirpan el ovario izquierdo.

Considera la reclamante que, de haber detectado antes el quiste mediante la realización de una simple ecografía, no habría perdido el ovario, con lo que ello supone para una mujer joven (30 años), en relación a su capacidad procreadora, menopausia precoz, problemas óseos, etc.

La reclamante, si bien no cuantifica la indemnización solicitada, sí indica la cantidad de 50 euros diarios como criterio jurisprudencial habitual para establecer el importe de aquélla.

Acompaña a su reclamación diversa documentación clínica.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por Resolución de la Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS), de 26 de abril de 2005, se encarga la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del Ente, el cual procede a comunicar la indicada resolución a la interesada, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la correduría de seguros del SMS, así como al Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, a cuyo Director Gerente solicita copia de la historia clínica de la reclamante e informe de los médicos que la asistieron.

TERCERO.- El Hospital remite la historia clínica de la paciente y sendos informes del ginecólogo que la atendió y del Coordinador de urgencias, que son del siguiente tenor:

1. Informe del ginecólogo:

"*Paciente de 27 años, secundípara, que ingresó el 05.04.04 por cuadro de abdomen agudo. Tras confirmación ecográfica de posible EIP (Enfermedad Inflamatoria Pélvica), con hallazgos compatibles con absceso tubo-ovárico izquierdo, se procede a laparotomía el 09.04.04 por evolución clínica tórpida, a pesar del tratamiento antibiótico instaurado.*

Se realiza anexectomía izquierda sin complicaciones, confirmándose el diagnóstico de sospecha.

El periodo postoperatorio hospitalario evoluciona favorablemente. Al alta presenta anemia ferropénica moderada.

Se fue de alta el 15.04.04 con tratamiento antibiótico oral durante 12 días, así como ferroterapia oral durante 25 días".

2. Informe del Coordinador de Urgencias:

"*La presente paciente acude en distintas ocasiones al Servicio de Urgencia de la Ciudad Sanitaria y en ningún momento presenta cuadro alguno que precise hospitalización, por lo que se da tratamiento médico para cuadro de EIP leve.*
El día 05.04.04 acude nuevamente a urgencias de Maternidad de la Ciudad Sanitaria, por referir dolor abdominal importante, aunque no presenta cuadro de abdomen agudo, se decide ingresar para su estudio y tratamiento.
Se confirma ecográficamente el día 06.04.04 diagnóstico de EIP (pio-ovario).
El día 09.04.04 se realiza intervención ginecológica con diagnóstico de
acceso (sic) *tubo-ovárico izquierdo, realizándose anexectomía del mismo lado.*
El postoperatorio hospitalario evoluciona dentro de la normalidad, siendo dada de alta el día 15.04.04 con tratamiento antibiótico y Fe, para su seguimiento en consultas Externas de Ginecología.
En contestación al escrito de la paciente que cree mermada su capacidad reproductiva y una menopausia precoz, debe saber que si su otro ovario y trompa están sanos esto no le ocurrirá".
CUARTO.- El 26 de octubre de 2005 se solicita a la Gerencia de Atención Primaria copia de la historia clínica de la reclamante e informes de los facultativos que la asistieron, remitiéndose éstos el 15 de noviembre. De ellos destaca el del médico del Centro de Salud de Mula, que manifiesta que atendió a la reclamante en el referido consultorio el 2 de marzo de 2004 y que la derivó de urgencia al Hospital ante el cuadro de dolor abdominal agudo, que estimó compatible con embarazo ectópico u otra afección ginecológica.
Constan, asimismo, un informe de Planificación Familiar del indicado centro de salud y el de un matrón del mismo, que da cuenta de una gestación de la paciente posterior a la intervención por la que ahora reclama y que terminó con el nacimiento de un varón el 23 de octubre de 2005.
QUINTO.- Consta en el expediente la interposición de recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de la reclamación, que da lugar al Procedimiento Ordinario número --/2006, seguido ante la Sala del indicado orden del Tribunal Superior de Justicia de Murcia.
SEXTO.- Con fecha 15 de diciembre de 2005, el órgano instructor solicita informe a la Inspección Médica, que es emitido el 24 de julio de 2007, alcanzando las siguientes conclusiones:
"*- X, fue diagnosticada de forma correcta de EIP.*
- Además se le realizaron las exploraciones precisas y los exámenes complementarios necesarios para descartar otras patologías; hemograma, orina elemental, ecografía, test de embarazo.
- La ecografía ginecológica realizada al inicio del proceso fue normal, sin existencia de masas anexiales ni evidencia de hallazgos que aconsejaran la hospitalización. El tratamiento antibiótico pautado tanto a ella como a su pareja fue correcto.
- A pesar del tratamiento antibiótico la evolución fue mala, produciéndose un absceso tubo-ovárico, proceso que complica la evolución de 1/3 de las EIP. Las manifestaciones insidiosas sin sintomatología clara que sugiriera mala evolución provocaron un retraso en el diagnóstico.
- Tras el diagnóstico de absceso ovárico izquierdo, ingreso e instauración de tratamiento antibiótico IV según pautas recomendadas en los protocolos de las sociedades científicas, persistió evolución tórpida, con rotura del absceso que hizo necesaria la cirugía de urgencia y realización de anexectomía izquierda. La anatomía-patológica confirma la naturaleza infecciosa del proceso. La cirugía se realizó sin complicaciones con resolución del proceso tras completar tratamiento antibiótico.
- Tras la cirugía el funcionamiento del ovario remanente es normal y no afectó a su capacidad reproductora, como lo demuestra el nuevo embarazo antes de que haya transcurrido un año".

SÉPTIMO.- Por la compañía de seguros del SMS se aporta informe médico elaborado por dos especialistas en Obstetricia y Ginecología, según el cual:
"*- X, es una paciente de 27 años, sin antecedentes de interés. Fue diagnosticada de Enfermedad Inflamatoria Pélvica recibiendo tratamiento antibiótico ambulatorio, a pesar de lo cual se produjo un absceso tubo-ovárico, motivo por el que tuvo que ser ingresada en el H.U. Virgen de la Arrixaca y sometida a lapatoromía con extirpación del anejo izquierdo.*
- La actuación de los médicos y matronos del Centro de Salud y del Centro de Planificación Familiar de Mula fue correcta, remitiendo a la paciente al hospital cuando ésta presentó patología que así lo requería.
- La actuación de los médicos de Urgencias del H. U. Virgen de la Arrixaca fue correcta en el diagnóstico y tratamiento del cuadro de EIP presentado por la paciente, ajustándose a los protocolos existentes para el manejo de la enfermedad.
- La hospitalización de la paciente no era obligatoria dado que no presentaba criterios de gravedad, pudiendo considerarse el cuadro como una EIP leve o moderada que evolucionó desfavorablemente a la formación de un absceso, hecho que sucede hasta en el 30% de los casos.
- Se practicaron las pruebas precisas para el diagnóstico de la patología. Se realizó una ecografía en el momento del diagnóstico, sin hallazgos, por lo que no era necesario repetirla cuando volvió a Urgencias tres días después. Se volvió a repetir cuando la paciente consulta de nuevo por dolor hipogástrico el día 05/04/2004.
- La actuación de los facultativos fue correcta, ingresando a la paciente cuando se comprueba la tórpida evolución del cuadro, instaurando el tratamiento intravenoso protocolizado y recurriendo a la cirugía cuando se produjo la rotura del absceso.
- La extirpación del anejo era obligatoria dada la afectación del mismo por la infección, que se confirma en el estudio histológico de la pieza. El potencial hormonal y reproductivo de la paciente no se ve comprometido por la ausencia de un ovario, como lo demuestra el hecho de que consiguiera al año siguiente un embarazo espontáneo con parto a término.
- La actuación de los facultativos del Servicio de Ginecología del H.U. Virgen de la Arrixaca fue correcta, acorde a los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y ajustada a la "lex artis ad hoc", a pesar de lo cual el proceso evolucionó tórpidamente, siendo precisa la intervención quirúrgica para conseguir la resolución del mismo".
OCTAVO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, la reclamante presenta escrito de alegaciones para poner de manifiesto que la asistencia prestada incumplió las recomendaciones establecidas en el Protocolo 50 de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, en la medida en que:
a) No se le realizó de forma temprana una ecografía abdominal ni, sobe todo, transvaginal. De hecho cuando se le cita para hacérsela, el 12 de abril de 2004, ya había sido operada. Se afirma asimismo, en relación con la fase de diagnóstico de la enfermedad, que la paciente era portadora de un DIU, factor predisponente a padecer EIP, sin que se realizara un cultivo del dispositivo una vez retirado en el hospital.
b) El tratamiento antibiótico inicialmente instaurado (Augmentine) no se ajustaba al indicado para el tratamiento de la EIP, consistente en la combinación de antibióticos recomendada por la SEGO.
c) Debió haber sido hospitalizada antes.
d) No se reevaluó a la paciente, tras la instauración del tratamiento, en los plazos establecidos.
Como consecuencia de estos incumplimientos, que califica como indicios de mala praxis, se generó el absceso tubo-ovárico y la posterior pérdida del ovario.
Considera, en suma, que "*un diagnóstico precoz de la EIP que padecía, la aplicación de las*

asociaciones de antibióticos necesarias según su etiología (cefalosporinas de 3ª generación, doxiciclina, tetraciclina o metronidazol) en los momentos precisos, y la ejecución exacta de las evaluaciones de seguimiento, habrían conformado una buena praxis médica y muy posiblemente habrían logrado disminuir la sintomatología, preservar la función tubárica sin alcanzar estadio II y III, y erradicar la infección sin secuelas", lo que le lleva a establecer una clara relación causal entre la asistencia recibida en la sanidad pública y el daño padecido.
En apoyo de tales alegaciones, aporta la reclamante un informe pericial en el que se afirma la existencia de mala praxis y se valora el daño sufrido por la paciente -pérdida de la trompa y ovario izquierdos, trastorno adaptativo depresivo y perjuicio estético moderado- en 41 puntos del sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Afirma, además, que la enferma tardó en curar 120 días, de los cuales 9 fueron de hospitalización y 72 impeditivos.
NOVENO.- Remitidas las alegaciones a la Inspección Médica solicitando informe complementario, es emitido el 13 de diciembre de 2007. En él se analizan las diversas imputaciones de *mala praxis* efectuadas por la reclamante en su escrito de alegaciones y se rebaten una a una. Así:
a) La primera valoración en urgencias, lo es por un proceso crónico, sin que aparezcan signos de patología urgente, por lo que la cita para la ecografía se realiza para una revisión periódica o rutinaria.
b) Ser portadora de DIU es, en efecto, un factor predisponente a sufrir EIP -si bien sólo en el período (1 a 3 meses) posterior a su inserción-, como también lo son otros muchos. Es cierto que no se hizo un cultivo del dispositivo retirado de la paciente, pero no es una práctica común, ni siquiera aconsejada, dada la baja rentabilidad, atendida la alta incidencia de gérmenes contaminantes por la gran variedad y cantidad de flora comensal en la zona.
c) En relación con la no realización de ecografía temprana, falta de diagnóstico precoz y tardanza en la instauración del tratamiento antibiótico adecuado, la Inspección Médica afirma que:
- Se le realizó una ecografía el 28 de febrero, primer día en que aparece sintomatología compatible con EIP. Su resultado fue normal, descartando la existencia del absceso en ese momento.
- LA EIP es una enfermedad de difícil diagnóstico sin que existan pruebas precisas para su detección, por lo que el tratamiento está justificado sólo con la base clínica, sin ninguna prueba exploratoria. A pesar de ello se realizó ecografía y analítica completa que no permitió el diagnóstico diferencial entre un cólico nefrítico y una EIP, por lo que se inició el tratamiento con Amoxicilina. Al volver la paciente a urgencias a las 48 horas, existe una cierta mejoría y han desaparecido síntomas sugestivos de otras patologías, lo que permite ajustar el diagnóstico a una EIP y, en ese momento, se pauta el tratamiento indicado por la SEGO y la SEIMC (Sociedad Española de Infecciosas y Microbiología Clínica).
De estas consideraciones extrae las siguientes conclusiones:
"*La asistencia prestada fue correcta: se pusieron los medios y recursos necesarios y aconsejados, aunque no imprescindibles, para el diagnóstico; hubo sospecha diagnóstica el mismo día que aparecieron los síntomas; esta sospecha se confirmó en 48 horas, y no tras 14 días, con instauración de un tratamiento antibiótico totalmente acorde, tanto en fármacos seleccionados como en duración, con los protocolos existentes*".
d) En cuanto a la falta de reevaluación y revisión, se indica por la Inspección que tras la valoración del día 2 de marzo, fecha en que ya se alcanza el diagnóstico de EIP, se remite a la paciente a control por su ginecólogo, si bien no se le precisa que debe hacerlo a las 72 horas. En cualquier caso esa evaluación viene indicada por la SEGO en los casos en que no existe

mejoría clínica con el tratamiento ambulatorio inicialmente pautado, lo que no es el caso, pues existía una mejoría constatada entre el 28 de febrero y el 2 de marzo.
Además, aunque se hubiera efectuado la revisión a las 72 horas, probablemente no hubieran aparecido datos de empeoramiento que justificaran el ingreso de la paciente o la realización de nuevas pruebas, porque, cuando 9 días más tarde acude al centro de salud, no alude a la persistencia de las molestias o fiebre. Tampoco cuando acude a la sanidad privada, el 23 de marzo, aparece sospecha de una mala evolución de la EIP. No es hasta el 5 de abril, que consulta por "*dolor abdominal de inicio brusco*", cuando aparecen síntomas que alertan de un posible empeoramiento, momento en que se decide su ingreso y se realiza la confirmación ecográfica del absceso.
Concluye la Inspección Médica que "*tanto la EIP y su complicación, el absceso tubo-ovárico izquierdo, se diagnosticaron cuando aparecieron datos clínicos que permitieron sospecharlos. No hay que olvidar que estamos ante un cuadro de difícil diagnóstico, con unos síntomas variables e inespecíficos y sin pruebas precisas para su diagnóstico. La realización por la medicina privada de exploraciones, tan invocadas por la reclamante, tampoco permitieron el diagnóstico del absceso ovárico, que en esa fecha ya presentaba la paciente a tenor de las imágenes ecográficas. Un diagnóstico más precoz no permite garantizar la no existencia de secuelas. Aun en pacientes hospitalizadas y tratamiento antibiótico IV hasta un tercio de las EIP se complican con la aparición de un absceso ovárico*".
DÉCIMO.- Dado traslado del anterior informe a los interesados, la reclamante presenta nuevo escrito de alegaciones en el que, además de ratificarse en su pretensión inicial y reiterar sus imputaciones de mala praxis, combate algunas de las afirmaciones vertidas por la Inspección, a la que acusa de extraer de su contexto las partes del informe pericial analizadas en el nuevo dictamen. Así, dirá que no es cierto que cuando la paciente acude a urgencias por primera vez no presente un cuadro de una patología urgente.
Del mismo modo, afirma que la falta de toma en consideración en el diagnóstico del hecho de portar un DIU como factor predisponente a padecer una EIP no puede excusarse en la existencia de otros muchos factores, como tampoco la no realización de un cultivo sobre el dispositivo retirado puede ampararse en que no se trate de una práctica común, porque ha de valorarse en el contexto en que aquél se retira, que no es otro que la existencia de sangrado vaginal y molestias.
UNDÉCIMO.- Con fecha 16 de mayo de 2008, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar el órgano instructor que no ha quedado acreditada la relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y el daño por el que se reclama.
Una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido el pasado 4 de junio de 2008.
A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.
El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial

(RRP).
SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento de tramitación.
1. La legitimación activa corresponde a la reclamante en su condición de paciente que sufre en su persona los daños imputados a la atención sanitaria recibida, a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el artículo 4.1 RRP.
En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional, como titular del centro hospitalario y del servicio público de asistencia sanitaria a cuyo funcionamiento se imputan los daños, conforme a lo previsto en el artículo 142.2 LPAC y 3 RRP, correspondiendo su resolución a la Consejera de Sanidad.
2. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año que, para la prescripción del derecho a reclamar, establece el artículo 142.5 LPAC. En el supuesto sometido a consulta, la atención a la que se imputa el daño tuvo lugar el 2 de agosto de 2005 y la reclamación se interpuso el 9 de septiembre de ese mismo año.
3. En cuanto a la tramitación, el examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver, de conformidad con lo previsto en el artículo 13.3 RRP.
Por otra parte, la circunstancia de que se haya interpuesto por la reclamante el correspondiente recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 42.1 LPAC) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues la reclamante podría desistir o solicitar la ampliación del recurso contencioso administrativo a la resolución expresa. En todo caso convendría que el departamento consultante actuara coordinadamente con la Dirección de los Servicios Jurídicos de la Comunidad, en su condición de centro superior directivo de los asuntos contenciosos en los que es parte la Administración regional (artículo 4.2 de la Ley 4/2004, de 22 de octubre, de Asistencia Jurídica de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), como ya sugerimos en nuestro Dictamen núm. 72/06.
TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.
La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "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 en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:
a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación 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.
Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.
La actuación del médico ha de llevarse a cabo por la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002).
CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.
Si bien la reclamación inicial es bastante inespecífica a la hora de establecer las concretas acciones y omisiones a las que la interesada anuda las consecuencias dañosas para su salud, las alegaciones presentadas durante los dos trámites de audiencia conferidos permiten una mayor concreción. Así, el retraso en alcanzar el diagnóstico certero de la EIP y la instauración de un tratamiento adecuado se concretan en el incumplimiento de las recomendaciones establecidas en el Protocolo 50 de la SEGO, en la medida en que:
a) En relación con la fase de diagnóstico de la enfermedad, no se le realizó de forma temprana una ecografía abdominal ni, sobre todo, transvaginal. No se tuvo en consideración que la paciente era portadora de un DIU, factor predisponente a padecer EIP, sin que se realizara un cultivo del dispositivo una vez retirado en el hospital.
b) El tratamiento antibiótico inicialmente instaurado (Augmentine) no se ajustaba al indicado para el tratamiento de la EIP, consistente en la combinación de diversos antibióticos recomendada por la SEGO.
c) Debió haber sido hospitalizada antes.
d) No se reevaluó a la paciente tras la instauración del tratamiento, en los plazos establecidos, esto es, ni en las 72 horas desde el inicio del tratamiento ambulatorio para valorar mejoría, ni se realizó control microbiológico en los 7-10 días posteriores a la finalización del tratamiento antibiótico.
1. El retraso en el diagnóstico.
En esta imputación, la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al temprano diagnóstico de la enfermedad y si los facultativos valoraron adecuadamente los síntomas y resultados de las pruebas realizadas, se convierte en cuestión nuclear del problema, en orden a calificar el daño sufrido como antijurídico y para poder dilucidar si existe o no nexo causal entre aquél y la actuación de la Administración.
Y es que la obligación que incumbe a la Administración en la prestación sanitaria es, como ya se ha dicho, de medios, no de resultados, por lo que debe prestar la asistencia sanitaria con el despliegue de todos los medios a su alcance. De no hacerlo así, o de no acreditar su efectiva

utilización, el daño devendrá en antijurídico.
Aplicado al supuesto objeto de consulta, la antijuridicidad del daño y el nexo causal entre la actuación administrativa y el daño sufrido, derivarían de una valoración médica errónea de los datos aportados por las manifestaciones de la paciente en la anamnesis y los arrojados por las pruebas practicadas en las consultas anteriores al 2 de marzo de 2004, fecha en la que se alcanza el diagnóstico definitivo de la EIP.
Tales cuestiones aparecen íntimamente relacionadas con el criterio jurisprudencialmente configurado de la "lex artis", que actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones (por todas, STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001).
Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que en todo momento y bajo cualquier circunstancia se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la *"lex artis"*, que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica *"ad hoc"*, en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la *lex artis* venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica, o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico.
La valoración de la actuación diagnóstica y en qué medida en la asistencia facilitada a la paciente antes del 2 de marzo de 2004 podía ya haberse identificado la verdadera etiología de la dolencia que aquélla presentaba, bien con las técnicas exploratorias utilizadas bien mediante la realización de cualesquiera otras, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resulta trascendental la valoración de los informes técnicos unidos al expediente.
Para el perito de la reclamante, ésta era portadora de un DIU (dispositivo intrauterino), lo que constituye un factor de riesgo predisponente a padecer EIP, presentando también sangrado intermenstrual. El dispositivo es extraído el 18 de febrero en la Arrixaca, a petición de la paciente y no se realiza cultivo del mismo. Además, se le cita para ecografía el día 12 de abril, lo que resulta incompatible con la necesidad de un diagnóstico precoz de la EIP. El 28 de febrero se sienta el diagnóstico de "Cólico nefrítico. EIP leve".
Para la Inspección Médica, la cita para la realización de la ecografía el 12 de abril ha de entenderse en un contexto de revisión rutinaria o periódica, sin que en ese momento la paciente presentara patología urgente. En cualquier caso, se realizó ecografía ya el 28 de febrero, primer día en el que existe sintomatología compatible con EIP, y ello aunque no era estrictamente necesaria pues el diagnóstico de la EIP se basa en hallazgos clínicos, de modo que la realización de pruebas complementarias se destina a efectuar un diagnóstico diferencial con otras patologías.
A pesar de las pruebas realizadas (analítica completa y ecografía ginecológica) persistieron las dudas diagnósticas entre una EIP y un cólico nefrítico. Debe recordarse aquí lo dificultoso del diagnóstico de esta enfermedad por la inespecificidad y poco detalle de la historia clínica. No obstante, cuando el 2 de marzo la paciente vuelve a consulta, hay una mejoría clínica y han desaparecido síntomas (dolor en ambas fosas renales), lo que permite descartar el cólico nefrítico y ajustar el diagnóstico y su tratamiento a una EIP. Por tanto, la actitud diagnóstica fue

correcta en la medida en que se pusieron los medios necesarios y aconsejados para el diagnóstico, hubo sospecha diagnóstica el mismo día en que aparecieron los síntomas y se confirmó en 48 horas.
En cuanto a la existencia de un factor predisponente como es el ser portadora de un DIU, éste por sí sólo no justifica el diagnóstico de un proceso patológico ni el sometimiento a exploraciones, toda vez que existen muchos otros factores. Por otra parte, la Inspección afirma que realizar un cultivo del dispositivo extraído, no constituye una práctica común -ni tan siquiera aconsejada- porque es poco rentable en términos de diagnóstico por la gran cantidad y variedad de la flora comensal existente en la zona.
Cabe concluir, con la Inspección Médica, que no hubo omisión de pruebas necesarias para alcanzar el diagnóstico de la enfermedad, que ésta se sospecha en el momento en que aparecen los primeros síntomas sugestivos de la misma y que se confirma cuando desaparecen los indicios de otras patologías.
2. Tratamiento antibiótico.
Para el perito de la reclamante, según el protocolo asistencial núm. 50 de la SEGO, la existencia de tres síntomas, a saber, dolor abdominal, dolor a la movilización cervical en la exploración y dolor anexial en la exploración, justifican el tratamiento antibiótico empírico, consistente en la administración de cualquiera de los combinados de antibióticos recomendados por el CDC (Center for Diseases Control) o la Organización Mundial de la Salud, en lugar del Augmentine, que se le instauró, de donde la reclamante extrae como consecuencia que tuvieron que pasar 14 días y 6 consultas para que se le pusiera un tratamiento acorde con una EIP.
Para la Inspección Médica el tratamiento antibiótico instaurado fue correcto. En primer lugar, el Augmentine (amoxicilina-clavulánico) se pauta el 28 de febrero ante la sospecha diagnóstica de cólico nefrítico, que en aquel momento todavía existía. Sólo cuando desaparece esta sospecha, el 2 de marzo, se cambia la pauta antibiótica y se ajusta a la específica de una EIP, conforme a los protocolos SEGO.
Además, ha de advertirse que, tras el tratamiento inicialmente instaurado, se produce una mejoría clínica en la paciente, pues en dos días desaparece la fiebre y la leucocitosis, al tiempo que ya no se refiere dolor en ambas fosas renales. En este punto, y aunque ninguno de los informes médicos traídos al procedimiento inciden en ello, cabe señalar dos circunstancias: a) la amoxicilina-clavulánico está indicada en el tratamiento del cólico nefrítico; y b) la amoxicilina es utilizada como antibiótico alternativo en las mujeres gestantes para el tratamiento de las infecciones por Clamydia, germen causante de la mayoría de las EIP.
En consecuencia, si bien el tratamiento inicialmente instaurado no se ajustaba a los protocolos asistenciales de la EIP, aquél era correcto en función de la sospecha diagnóstica de un cólico nefrítico. Además, resultó eficaz en la medida en que mejoró la situación clínica de la paciente, y fue sustituido por un tratamiento específico para la EIP sólo 48 horas después (no 14 días como afirma la reclamante) de existir síntomas sugestivos de dicha enfermedad, cuando pudo ajustarse el diagnóstico ante la desaparición de los síntomas de otras patologías.
3. Hospitalización anterior de la paciente.
Esta alegación no tiene fundamento en el informe pericial de parte unido al procedimiento por la reclamante, pues en él no se contiene referencia alguna a la necesidad de hospitalización de la paciente con anterioridad al momento en que fue ingresada para la resolución de la complicación tubo-ovárica surgida.
Por el contrario, el informe de la compañía aseguradora del SMS revisa la actuación médica desde la perspectiva del momento en que estaba indicado el ingreso hospitalario, concluyendo que el cuadro que presentaba la paciente con ocasión de las consultas en urgencias anteriores

al 5 de abril de 2004 no reunía los criterios que aconsejan la hospitalización, afirmando de forma expresa la corrección de la actuación médica al no decidir el ingreso hospitalario de la paciente sino su tratamiento ambulatorio, hasta el momento en que aparece un dolor en hipogastrio de inicio brusco y fiebre, reapareciendo la sintomatología de la EIP a pesar del tratamiento recibido.
Así también cabe deducirse del informe de la Inspección Médica, donde se afirma que en la consulta de 2 de marzo de 2004 la paciente no presenta los criterios de ingreso hospitalario previamente descritos en el citado informe. Asimismo, en sus conclusiones, la Inspección afirma que la ecografía realizada al inicio del proceso (el 28 de febrero) fue normal, sin evidencia de hallazgos que aconsejaran la hospitalización.
No cabe, en consecuencia, considerar acreditado que existió una infracción de la *lex artis* al no decidir el ingreso hospitalario de la paciente hasta el 5 de abril de 2004.
4. Reevaluación de la paciente.
Según la reclamante, no se reevaluó a la paciente, tras la instauración del tratamiento, en los plazos establecidos, esto es, ni en las 72 horas desde el inicio del tratamiento ambulatorio para valorar mejoría, ni se realizó control microbiológico en los 7-10 días posteriores a la finalización del tratamiento antibiótico.
Veamos cada una de estas dos fases de evaluación por separado:
a) Evaluación a las 72 horas del comienzo del tratamiento ambulatorio.
Según el perito de la reclamante, el protocolo 50 de la SEGO establece que "*las pacientes tratadas ambulatoriamente deben ser evaluadas a las 72 horas y si no hay mejoría clínica evidente deben ser hospitalizadas y tratadas con terapia parenteral*", y la Sra. Lucas no lo fue, de donde deduce un incumplimiento del protocolo y, en consecuencia, una infracción a la *lex artis*.
Por su parte, el informe unido al procedimiento por la compañía aseguradora del SMS afirma que en el supuesto de tratamiento ambulatorio resulta preceptiva la reevaluación del proceso en 72 horas, y la propia Inspección Médica, en su segundo informe, trascribe el protocolo en idénticos términos a los indicados por la reclamante.
En este último informe, sin embargo, la Inspección no comparte la valoración realizada por el perito de la reclamante, toda vez que, tras la consulta del 2 de marzo de 2004, la paciente fue remitida a su ginecólogo para control, si bien reconoce que no se explicita el plazo en que debía realizarse dicho control. En cualquier caso, entre las consultas del 28 de febrero y el 2 de marzo, se había constatado una evidente mejoría clínica, lo que excluiría la necesidad de proceder a la reevaluación, en la medida en que el proceso evolucionaba favorablemente. De hecho, se constata que en las siguientes consultas en la sanidad pública, con el matrón del centro de salud a los 9 y a los 15 días desde el 2 de marzo, la paciente no refiere que persistan las molestias o que tenga fiebre. Tampoco en la consulta con el ginecólogo privado, el 23 de marzo, parece que existan datos que apunten hacia una mala evolución de la EIP. Estas consideraciones llevan a la Inspección Médica a la conclusión de que, "*aunque faltó la recomendación formal de revisión en 48-72 horas, consideramos que, de producirse la misma, la evolución no habría sido diferente por la no existencia de datos que indicaran una mala evolución y con ello la necesidad de nuevas exploraciones o de modificación del esquema terapéutico*".
En consecuencia, nos encontramos con una omisión que, si bien constituye una infracción objetiva de la lex artis, de ella no cabe extraer consecuencias desfavorables para la salud de la paciente, en la medida en que, de haberse cumplido con las indicaciones de los protocolos asistenciales, la evolución de la enfermedad, con toda probabilidad, habría sido la misma. Nos encontramos, en suma, ante un supuesto de infracción de la normopraxis que, sin embargo, no

tiene un efecto nocivo para la paciente, de donde se desprende la inimputabilidad de las secuelas por ella sufridas a ese concreto actuar omisivo de la Administración sanitaria.
b) El control microbiológico a los 7-10 días desde la finalización del tratamiento.
Según el perito de la reclamante, los protocolos asistenciales recomiendan que "*todas las pacientes que han padecido una EIP deben ser reevaluadas microbiológicamente a los 7-10 días de terminar el tratamiento, mediante cultivos cervicales para Chlamydia Trachomatis*". El 22 de marzo, cuando es asistida en el Hospital Maternal Virgen de la Arrixaca y ya habían pasado seis días desde la finalización del ciclo de doxicilina con que se le había tratado, no constan datos de exploración ni analíticos y, en lugar de efectuarle la reevaluación microbiológica indicada por la SEGO, sólo se le recomienda actitud expectante y analgésicos, si precisa. La ausencia de los controles establecidos en los protocolos asistenciales contribuyó a la aparición, como complicación en la fase aguda del proceso, de un absceso tubo-ovárico izquierdo que precisó su resolución quirúrgica con las secuelas ya conocidas.
Estas afirmaciones no son rebatidas por los informes de la Inspección Médica y de los peritos de la aseguradora del SMS, que guardan silencio acerca de la no realización de los cultivos cervicales para control del germen implicado en la mayoría de las EIP. De hecho, ambos informes aluden a que tras el 2 de marzo, fecha en que se ajusta el tratamiento antibiótico, la ausencia de sintomatología relacionada con una EIP, junto con haber completado de forma correcta el tratamiento pautado hizo que no existieran datos para sospechar una evolución desfavorable.
No obstante, ello no es suficiente para obviar la necesidad de realizar unos controles cuya finalidad es la de evaluar la eficacia real del tratamiento, y cuya previsión no se condiciona en los protocolos asistenciales a la existencia o previsión de una mala evolución, sino que están indicados en todo caso tras la finalización del tratamiento antibiótico. En consecuencia, en este concreto aspecto, cabe apreciar la existencia de una mala praxis. Y aunque la Inspección Médica afirma en el segundo de sus informes que un diagnóstico más precoz no permite garantizar la no existencia de secuelas, pues aun en pacientes hospitalizadas y con tratamiento antibiótico intravenoso hasta un tercio de las EIP se complican con la aparición de un absceso ovárico, lo cierto es que la indebida actuación omisiva de la Administración, que no puso al servicio de la sanidad de la paciente todos los medios de que disponía y eran exigidos por la ciencia médica, la privó de la posibilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud, pues, de haberse realizado los controles indicados por la ciencia médica, quizás hubieran existido datos que permitieran anticipar o, al menos, hicieran sospechar la posibilidad de la evolución desfavorable y habrían propiciado la adopción de nuevas medidas terapéuticas.
Ello convierte el daño en antijurídico, pues aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica, como dijimos, la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de 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; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una "falta de servicio".
Nos encontramos, pues, ante una infracción de la *lex artis* que permite establecer el nexo causal entre el funcionamiento, en este caso anormal, de los servicios públicos y los daños padecidos por la reclamante, los cuales cabe calificar de antijurídicos, en la medida en que el ordenamiento no le impone el deber de soportarlos.
QUINTA.- Cuantía de la indemnización.
Alcanzada la conclusión de que se dan en el supuesto sometido a consulta todos los elementos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial, resta por determinar el importe

de la indemnización a satisfacer a la interesada, quien ha guardado silencio al respecto tanto en su reclamación como en sus alegaciones. No obstante, en éstas sí ofrece criterios que permiten efectuar una valoración económica del daño, toda vez que afirma que tardó en curar 120 días, de los cuales 9 fueron de hospitalización, 72 impeditivos y los restantes no impeditivos, solicitando una cantidad de 50 euros/día.
En el informe médico que acompaña a sus alegaciones afirma que le restan como secuelas imputables a la asistencia recibida las de "pérdida del ovario y la trompa izquierda, trastorno adaptativo depresivo y perjuicio estético moderado", que estima en 41 puntos del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.
I. Criterios de valoración económica.
La doctrina de este Consejo Jurídico viene recogiendo de forma constante los siguientes criterios legales y jurisprudenciales, como pautas principales a seguir en la cuantificación de la indemnización:
a) La extensión de la obligación de indemnizar responde al principio de reparación integral, es decir, se extiende a todos los daños alegados y probados por el perjudicado incluyendo el daño moral o, con carácter más general, el denominado *pretium doloris*, concepto éste que reviste una categoría propia e independiente de las demás, y comprende tanto el daño moral como los sufrimientos físicos y psíquicos padecidos por los perjudicados (SAN, Sección 4ª, de 27 de noviembre de 2002 y STS, Sala 3ª, de 3 de abril de 2002).
b) La legislación sobre indemnización en caso de accidentes de tráfico no es más que un criterio orientativo (STS, Sala 3ª, de 13 de octubre de 1998), debiendo precisarse y modularse al caso concreto en que surge la responsabilidad patrimonial, por lo que han de tenerse en cuenta las circunstancias personales, familiares y sociales del mismo en relación con el funcionamiento de la Administración que ha ocasionado el daño.
c) Incumbe a la parte reclamante la carga de probar cuantos elementos de cuantificación de los daños en virtud de los cuales reclama, como recoge la jurisprudencia del Tribunal Supremo, entre otras, las Sentencias de la Sala 3ª, de 3 de febrero de 1989 y 19 de febrero de 1992.
d) La cuantía de indemnización ha de calcularse 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 precios al consumo (artículo 141.3 LPAC).
II. Daño acreditado.
En el supuesto sometido a consulta, ha quedado acreditada la secuela de pérdida de la trompa y ovario izquierdos, como consecuencia de una intervención quirúrgica realizada por laparotomía. No consta acreditada en el expediente la secuela psicológica (trastorno adaptativo depresivo) mencionada en el informe aportado con ocasión del trámite de audiencia. El informe médico, que se limita a afirmar su presencia en la reclamante, no puede considerarse en este punto prueba suficiente para acreditar su existencia, en la medida en que no hay en la historia clínica ni en el resto del expediente el más mínimo indicio de dicha patología, ni existe documentación alguna que acredite demanda de atención sanitaria para dicha patología por parte de la reclamante. Por otra parte, el informe es extremadamente inexpresivo en la medida en que se limita a mencionar la secuela, sin proceder a su descripción ni a conectarla causalmente con los hechos de los que se pretende derivar.
Del mismo modo, el perjuicio estético, que se considera en el informe de constante referencia como "moderado", no queda suficientemente acreditado en el expediente. Una vez más el informe resulta inexpresivo de las secuelas estéticas que dicha intervención dejó en la paciente, pues omite cuestiones tan relevantes al efecto de la valoración por este concepto, como son el número de cicatrices, su localización exacta, sus dimensiones, su morfología y sus

niveles de alteración cromática y estructural, su nivel de atrofia o hipotrofia, etc. De hecho, la intervención quirúrgica a que se sometió a la reclamante para superar la crisis determinada por la rotura del absceso tubo-ovárico se realizó por laparotomía abdominal, cuya incidencia estética, en principio y en ausencia de mayores precisiones, cabe presumir mínima, pues la técnica utilizada evita grandes heridas quirúrgicas y accede a la cavidad abdominal mediante pequeñas incisiones en su pared.

Asimismo, tampoco acredita la reclamante los días que precisó para su curación (120 según el informe médico aportado), más allá de los 9 días en que permaneció hospitalizada, entre el 5 y el 15 de abril de 2004, y los días siguientes al alta hospitalaria en que estuvo sometida a un tratamiento antibiótico (5 días) y con hierro (25 días) para superar la anemia ferropénica que presentaba. En el informe de alta hospitalaria se le cita para revisión el 21 de mayo de 2004 en consultas externas de Ginecología, pero no consta que acudiera a ella. Por su parte, el informe unido al expediente por la reclamante sitúa la fecha de su curación en el 24 de junio de 2004, pero no expresa las razones que llevan a tomar ese día como final del proceso médico, ni el expediente ofrece indicios de que la curación de la paciente se retrasara hasta dicho momento. De hecho, al enumerar la documentación médica en que se basa el informe, se citan como últimos actos médicos dos ecografías ginecológicas fechadas los días 25 de mayo y 8 de junio de 2004 que, en las consideraciones médicas efectuadas por el perito, no son citadas ni, por tanto, puestas en relación con el proceso de consolidación de las secuelas o de su curación.

Tampoco aporta la reclamante documentación acreditativa de incapacidad laboral alguna que pudiera servir de base para acreditar los 72 días impeditivos por los que reclama. Y es que, si bien no cabe identificar el concepto de día impeditivo a efectos de indemnización, que es aquél en que la víctima está incapacitada para el desarrollo de su actividad u ocupación habitual (no necesariamente un trabajo), con la situación de baja laboral, lo cierto es que la documentación acreditativa de ésta sería un medio de prueba de fácil aportación al procedimiento por la interesada y que permitiría acreditar la situación de incapacidad temporal derivada de la lesión.

III. Cuantificación.

Una vez determinados cuáles son los daños verdaderamente acreditados en el expediente, han de ser valorados económicamente. A tal efecto, y dado que los criterios que para el cálculo de la indemnización que ofrece el artículo 141.2 LPAC resultan inaplicables para la cuantificación de un daño que, como el aquí indemnizable, no sea patrimonial, su valoración queda abocada a un juicio prudencial que pondere las circunstancias que concurren, y atienda a lo fijado por los Tribunales de Justicia y por la doctrina del Consejo Jurídico sobre el resarcimiento en supuestos similares. En la conformación de ese juicio, y para tener una mínima referencia objetiva que oriente la labor valorativa, el Consejo Jurídico de ordinario acude al baremo correspondiente al sistema para la cuantificación de las lesiones producidas a las personas en accidentes de circulación.

El baremo vigente en el momento de producirse la asistencia sanitaria de la que derivan las lesiones es el aprobado por Resolución de 9 de marzo de 2004, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2004, el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en la configuración que de dicho sistema resultó de la Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados.

De conformidad con dicho marco de referencia, la indemnización a abonar ascendería a las siguientes cantidades:

- Por la secuela (pérdida de trompa y ovario izquierdos), el baremo establece una horquilla de

entre 20 y 25 puntos. El informe aportado por la reclamante no precisa qué puntuación otorga a la secuela, independientemente de las otras dos que no han quedado acreditadas en el expediente. Por tanto, considera el Consejo Jurídico que procede otorgar una valoración intermedia de 22 puntos. Aplicado el valor del punto correspondiente al momento en que se produce la lesión y a la edad de la víctima (27 años), la indemnización por este concepto debe ascender a 21.730,23 euros (987,737744 x 22).
- Por incapacidad temporal.
Ya hemos indicado que únicamente queda acreditada en el expediente la estancia de la reclamante en el hospital durante 9 días, por lo que, aplicando el baremo de referencia, corresponde a la interesada una indemnización de 507,46 euros (56,384386 x 9).
El resto de los días que transcurren hasta la curación, concepto éste que podemos definir como "*el momento en el cual se consigue la máxima evolución del proceso, el tratamiento ha sido aplicado al máximo y más aplicaciones no se prevén como necesarias si no es que se presenta algún tipo de complicación*" (SAP Girona 122/2007, de 6 de febrero), la paciente los divide en 72 días impeditivos y 39 no impeditivos.
Ya hemos indicado que, al margen de la mera indicación de esta circunstancia en el informe pericial de parte, realizada sin argumentación, justificación o sustento documental alguno, en el expediente nada consta acerca del impedimento que las lesiones sufridas por la reclamante supusieron para desarrollar su ocupación o actividad habitual, circunstancia ésta que, al no poder entender acreditada con las meras manifestaciones del perito, determina que no quepa indemnizar período alguno como días impeditivos.
Por el contrario, sí consta en el expediente un informe del médico responsable, conforme al artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (folio 102), en el que expresamente se indica que la paciente debe seguir un tratamiento tras el alta hospitalaria, acaecida el 15 de abril de 2004, de 25 días de duración, para solventar la anemia ferropénica que presenta al alta. Estos 25 días cabe considerarlos como de curación y ser indemnizados como días no impeditivos. En consecuencia, la indemnización a aplicar en este concepto debe alcanzar los 616,80 euros.
En suma, el total de la indemnización por todos los conceptos sería de 22.854,49 euros, cantidad a la que habría de sumarse 2.173,02 euros (10% en concepto de factor de corrección sobre secuelas), pues la víctima se encuentra en edad laboral y no ha justificado su nivel de ingresos.
Asimismo, la cantidad resultante (25.027,51 euros) habrá de ser actualizada con arreglo a lo establecido en el artículo 141.3 LPAC.
En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se informa desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, toda vez que el Consejo Jurídico sí advierte la concurrencia en el supuesto sometido a consulta de los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.
SEGUNDA.- La cuantía de la indemnización debe calcularse atendiendo a lo expuesto en la Consideración Quinta de este Dictamen.
No obstante, V.E. resolverá.