

Dictamen n^o: **393/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.09.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 10 de septiembre de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por A.M.M.F. (en adelante “*la reclamante*”), sobre los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 26 de abril de 2013, la reclamante, con designación de letrado, presentó a través del registro de la Consejería de Transportes, Infraestructuras y Vivienda un escrito por el que solicitaba la declaración de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, en relación con los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario La Paz (HULP), con ocasión del tratamiento de la hipercifosis torácica que padecía.

Manifestaba que con tal diagnóstico, durante los años 2007 a 2009 acudió a consulta de Traumatología del HULP para el estudio y tratamiento de la cifosis (curvatura de la columna vertebral), y que aunque desde el primer momento le fue recomendada la cirugía para su corrección no decidió operarse hasta el año 2009 por los riesgos que implicaba. Llegado ese año, y

dado que se le detectó un aumento de los grados de desviación de la columna y ante la insistencia del facultativo, accedió a someterse a la intervención quirúrgica pues, señalaba, el especialista le comentó que en un año estaría recuperada y podría realizar vida normal.

El 29 de octubre del 2009 se llevó a cabo la intervención en el HULP, consistente en artrodesis lateral posterior de T2 y L2 con sistema Mesa-Range, con tornillos de cierre final en los extremos, osteotomías posteriores en V de T5 a T9 y autoinjerto local más alojamiento de banco, siendo dada de alta hospitalaria el 10 de noviembre del 2009.

Igualmente relataba que durante el postoperatorio comenzó a sentir fuertes dolores en la espalda, acompañados de falta de estabilidad corporal que le impedían realizar las actividades normales de la vida cotidiana y que todas las veces que acudió a consulta del especialista – enero, mayo y octubre de 2010 y noviembre de 2011 –, se le dijo que la intervención fue un éxito y que los dolores que padecía eran propios del proceso de recuperación, aunque llegaron a ser tan intensos que no se aliviaron a pesar de la fuerte y constante medicación y del reposo.

Ante dicha situación, decidió acudir a otros especialistas que señalaron que, dada la intervención a la que fue sometida y su estado, no era recomendable realizar esfuerzos, recomendando continuar con tratamiento rehabilitador, admitiendo sus secuelas definitivas y la necesidad de auto cuidados intensivos.

En el año 2012, según afirmaba la reclamante en su escrito se encontraba en una situación de total incapacidad, que le impedía mantenerse de pie, por lo que el 20 de enero acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, donde fue diagnosticada de dorsolumbalgia crónica agudizada, sin que el facultativo que la operó en el HULP, al que se le

comunicó tal circunstancia, admitiera la posibilidad de una rotura de las barras de titanio implantadas.

Añadía que tras la realización de pruebas diagnósticas, el 12 de septiembre del 2012 se evidenció la rotura de una de las prótesis de titanio de la columna vertebral, respecto a lo que el especialista que la intervino manifestó que precisaba de una nueva intervención, de la que a la fecha de la reclamación se encontraba pendiente, al igual que de la resolución de un expediente de jubilación por incapacidad permanente.

La reclamante consideraba que la situación clínica que presentaba deriva de una mala praxis de la intervención que se le practicó el día 29 de octubre del 2009 en el HULP, así como del seguimiento posterior, a lo que añade la vulneración de su derecho a una debida información respecto a los riesgos derivados de la intervención.

Solicitaba por ello una indemnización por importe que no determinaba, si bien, en escrito posterior, expresó que el mismo no sería inferior a 30.000 euros.

Adjuntaba a su escrito de reclamación diversa documentación médica, documentación en relación al reconocimiento de la incapacidad de la reclamante para el desempeño de toda profesión u oficio, y un informe clínico de la Clínica A, de 11 de febrero de 2013.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La reclamante, estudiada previamente por el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) con motivo de la hipercifosis torácica que padecía, fue derivada en febrero de 2006, cuando contaba con 40 años de edad, a la Unidad de Raquis del Hospital de Rehabilitación y Traumatología que

forma parte del HULP; se confirmó el diagnóstico de hipercifosis torácica con sintomatología dolorosa progresiva, graduándose la misma en 85°.

Acudió a consultas en la referida Unidad durante los años 2006 a 2008, donde se realizó seguimiento de la enfermedad, pruebas diagnósticas y con discreta mejoría al principio; en casi todas ellas se valoró la posibilidad de cirugía.

Del 14 de abril al 9 de mayo de 2008 realizó rehabilitación en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de Cuenca, dependiente del SESCAM.

En la consulta de 24 de abril de 2009 en el HULP consta *“ha progresado 105°. Tiene dolor de espalda. Se operará en otoño”*, por lo que tras la consulta de septiembre de 2009, y previa valoración por el Servicio de Anestesiología y firma del consentimiento informado, se realizó la cirugía el 29 de octubre de 2009, consistente en artrodesis vertebral posterior desde T2 a L2, con aplicación de injerto propio y banco e instrumentación pedicular T2 a T5 y T9-L2 con implantes denominados MESA-RANGE K2M. La intervención cursó sin incidencias, y la evolución posterior fue satisfactoria, causando alta hospitalaria el 10 de noviembre de 2009.

Acudió a revisiones periódicas postoperatorias en la Unidad de Raquis, en fechas 22 de enero, 21 de mayo, 29 de octubre de 2010 y 7 de noviembre de 2011. En cada una de estas consultas, a través de la prueba radiológica efectuada al efecto, se registró que la corrección estaba mantenida, que la paciente manifestaba rigidez, quejas de dolor por temporadas, con autotest de incapacidad en grado alto y sin alta satisfacción.

Tras la última consulta de 7 de noviembre de 2011 no acudió a la siguiente consulta programada para el 8 de octubre de 2012.

Otros documentos clínicos de asistencias sanitarias en otros ámbitos que deben reseñarse son:

- Informe de 11 de agosto de 2011 de un centro médico privado, donde consta: *“Contracturas de aspecto nodular de musculatura paravertebral derecha”*.

- Informe del médico de Atención Primaria de Cuenca (SESCAM), de 14 de abril de 2011, que recoge: *“La paciente dada su intervención y su estado actual no es recomendable realizar esfuerzos ni distancias largas, por ello su estado actual recomienda seguir rehabilitación, admitiendo sus secuelas definitivas y necesidad de autocuidados intensos”*.

- Informe de 20 de enero de 2012, del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca (SESCAM), donde acudió la paciente por dorso lumbalgia crónica agudizada.

- Informe de una consulta de Neurocirugía (de ámbito privado) de Cuenca, de fecha 27 de enero de 2012, que reseña el antecedente de la intervención quirúrgica y hace constar:

“Desde entonces presenta episodios frecuentes de contracturas que le producen intenso dolor y dificultad para caminar. No presenta afectación neurológica. Recomiendo evitar esfuerzos, natación, fisioterapia y Lyrica 25 mg 1-1-1. En la actualidad sigue incapacitada para realizar cualquier tipo de trabajo (...)”.

- Informe de otro centro de ámbito privado, de cirugía columna Vertebral, de la localidad de Valencia, de fecha 11 de febrero de 2013, donde se indica:

“En última Rx (Sept. 2012): se aprecia la rotura de la barra, por pseudoartrosis, a nivel del ápex de la deformidad. Actualmente, la cifosis mide 81° Cobb (ha ido progresando pese a la cirugía), la lordosis mide 80°. Se evidencia osteolisis en tornillos distales. JUICIO CLÍNICO: Paciente afecta de una pseudoartrosis cuyo tratamiento es quirúrgico”.

- Dictamen evaluador del Instituto Nacional de la Seguridad Social, de 3 de abril de 2013, por la que se declara a la reclamante “*actualmente incapacitada para el desempeño de toda profesión u oficio*”.

TERCERO.- A causa de la referida reclamación se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y en el 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 (RPRP).

Mediante escrito de la jefa del Servicio de Responsabilidad Patrimonial, de 6 de mayo de 2013, notificado el 17 de mayo siguiente, se requirió a la reclamante concretar la cuantía económica solicitada, lo que cumplimentó mediante escrito presentado el 4 de junio de 2013 en el que, si bien no determinaba la cuantía, señalaba que la misma superaría los 30.000 euros.

Con fecha 6 de junio de 2013, la reclamante presentó un nuevo escrito al que adjuntaba diversa documentación médica, ya reseñada.

El jefe de la Sección de Unidad de Raquis, facultativo que realizó la cirugía, emitió informe de fecha 24 de mayo de 2013, en el que recogía los antecedentes clínicos de la paciente y señalaba que “*dada la progresión radiológica experimentada en 3 años y el aumento de la sintomatología dolorosa, se decide por parte de la paciente, y mía, la conveniencia de realizar la intervención quirúrgica*” y que la evolución postoperatoria fue satisfactoria. Detalla cada una de las consultas a las que acudió la reclamante en alguna de las cuales refirió dolores difusos por temporadas, y con control radiológico que confirma el mantenimiento de la corrección.

Por su parte, la Inspección Médica emitió informe, de fecha 12 de septiembre de 2013, en el que, tras hacer una exposición de los hechos y consideraciones médicas oportunas, a las que nos referiremos, concluía que:

“Por cuanto antecede, esta inspección no considera que las actuaciones sanitarias llevadas a cabo por la Unidad de Raquis hayan sido incorrectas, sino acordes con la sintomatología presentada por la paciente (con enfermedad hipercifótica grave del adulto, progresiva y causante de dolor e incapacidad), cuya indicación quirúrgica se considera adecuada, así como su técnica y seguimiento, en la medida en que pudo ser valorada la paciente”.

Consta notificada por los servicios postales, con fecha 11 de noviembre de 2013, la apertura del trámite de audiencia a la reclamante, que a estos efectos presentó escrito de fecha 27 de noviembre de 2013, la reclamante presentó escrito de alegaciones en el que, en síntesis, ratificaba lo expuesto en su escrito de reclamación inicial.

Transcurrido el trámite de audiencia, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 4 de julio de 2014, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante Orden de 18 de julio de 2014, que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 23 de julio siguiente, solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI presidida por la Excm. Sra. Dña. Beatriz Grande Pesquero, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 10 de septiembre de 2014.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), al ser la reclamación de cuantía indeterminada aunque en todo caso superior a 15.000 €, y a solicitud de un órgano legitimado para ello, el consejero de Sanidad, según el artículo 14.1 de la LCC.

El dictamen se emite dentro del plazo legal establecido por el artículo 16 de la LCC.

SEGUNDA.- La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), por ser la persona afectada supuestamente por una deficiente asistencia sanitaria.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al encontrarse el centro hospitalario implicado integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas.

Como venimos considerando, rige en este ámbito el principio de la *actio nata*, de modo que el plazo de prescripción comienza a correr desde que la acción pudo ejercitarse, es decir cuando se conocieron los elementos que

permitían su ejercicio, esencialmente el conocimiento del daño y de su ilegitimidad (dictámenes 51/10, 156/11, y 439/11, entre otros).

En el presente caso, la cirugía se realizó el 29 de octubre de 2009 y la reclamación se presentó el 26 de abril de 2013; no obstante tan dilatado período, la reclamación debe considerarse presentada dentro del plazo legal, ya que la interesada estuvo siendo atendida de manera continua por el servicio sanitario público madrileño hasta la consulta de 7 de noviembre de 2011, además hasta el 12 de septiembre de 2012 no se conoció la rotura de la prótesis (en radiografía de esa fecha recogida en el informe de 11 de febrero de 2013), y el alcance de las lesiones resulta desconocido hasta la fecha dado que es necesaria una segunda cirugía para su curación.

En otro orden de cosas, los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto en el 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 (RPRP).

A estos efectos el centro sanitario implicado ha emitido informe sobre la asistencia que se prestó, conforme establece el artículo 10 RPRP y se ha concedido trámite de audiencia a la interesada, conforme los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 RPRP. Igualmente, se ha aportado informe del Servicio de Inspección Sanitaria.

TERCERA.- Entrando ya a analizar el fondo de la pretensión que se formula, debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede

destacarse la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

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.

Igualmente, recoge dicha Sentencia que:

“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que “no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

CUARTA.- En el caso que nos ocupa, debemos estimar la existencia de un daño que podría ser indemnizable, concretado en la pseudoartrosis que padece la reclamante y las lesiones y secuelas derivadas de la misma, ya relatadas.

En todo caso, constatada la existencia de un daño, hay que tener en cuenta que en el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de este servicio público, introduciéndose por la doctrina y jurisprudencia el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, exigiéndose para determinar la responsabilidad la existencia no sólo de la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario la de prestar la debida asistencia sin que pueda garantizar en todo caso, la curación del enfermo.

Así:

«en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha “lex artis” respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado» (Sentencia del Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4^a, de 20 de julio de 2011, recurso de casación núm. 4037/2006).

Sentado este presupuesto jurídico procede examinar las circunstancias fácticas planteadas en la reclamación. Así, la interesada reprocha que la cirugía se practicó indebidamente pues con posterioridad se produjo la rotura de una de las barras, e igualmente que la asistencia postquirúrgica no fue

adecuada habida cuenta de los dolores e incapacidad que presentaba. Por otra parte censura una falta de información sobre los riesgos de la operación.

En primer lugar, en lo referente a la práctica de la cirugía, las alegaciones de la reclamante carecen de cualquier sustento probatorio. Hay que recordar que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 –recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 –recurso 4067/2000- entre otras), si bien la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en los supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante (así las Sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre –recurso 3071/03- y 2 de noviembre de 2007 –recurso 9309/03- y 7 de julio de 2008 –recurso 3800/04-).

La reclamante no realiza ninguna actividad en este sentido, y se limita a afirmar con rotundidad la existencia de responsabilidad administrativa debido a que, según su criterio, hubo mala praxis en la realización de la cirugía.

Frente a ello, la Administración sanitaria ha dado una cumplida explicación de las decisiones clínicas que se tomaron, sin que resulten contradichas por algún informe o prueba pericial en el que la solicitante de la indemnización pudiera apoyar su tesis. A ello hay que añadir que debemos extraer las debidas consecuencias de las consideraciones que el inspector médico recoge en su informe, dado el valor que reconoce a estos informes la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 10 de abril de 2013 (recurso 583/2011), acogida en nuestro Dictamen 447/13, de 9 de septiembre, entre otros.

De este modo, no se evidencia en la historia clínica ningún dato del que se pudiera extraer una actuación errónea o negligente en la realización de la cirugía, pues consta que transcurrió sin incidentes y con un postoperatorio satisfactorio al alta postquirúrgica 12 días después, así como una estabilización de la corrección de la hipercifosis en las revisiones posteriores.

Tampoco cabe extraer de la rotura de una de las barras implantadas, que se detectó el 12 de septiembre de 2012, la existencia de mala praxis.

En este punto señala el inspector médico que:

“las complicaciones ligadas a las alteraciones, malposición o rotura del material no son infrecuentes, siendo descritas y conocidas como riesgos posibles, riesgos informados y previstos específicamente en los Documentos de Consentimiento a la Intervención. Cuando ocurre fallo de la fusión se habla de pseudoartrosis; la rotura del metal se considera por defecto de esa fusión. Su acontecer no implica una práctica errónea”.

La rotura del material es por tanto un riesgo indeseable pero inevitable, que no implica negligencia, y que como tal excluye la antijuridicidad del daño de conformidad con el artículo 141.1 LRJ-PAC al no existir mala praxis. Hay que recordar además que *“la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 2004, Sala Tercera, Secc. 6ª, recurso 2794/2000) y de este modo la mala praxis implica algo más: *“una actuación negligente y descuidada”* (Sentencia del Alto Tribunal de la misma Sala y Sección de 19 de junio de 2008, recurso 2364/2004), circunstancias que no se han producido en el presente caso.

En cuanto a la alegación referida al tratamiento posterior a la cirugía, además de, al igual que la anterior, estar huérfano de apoyo probatorio, no procede su estimación habida cuenta tanto de los datos que figuran en la

historia clínica como de su valoración por el inspector que, por su razonabilidad, compartimos.

Así, frente a la insistencia en los escritos de reclamación y de alegaciones acerca de los dolores y padecimientos que venía soportando desde la realización de la cirugía, lo que para la misma supone que no se detectó la rotura del implante, lo cierto es que nada de tales síntomas se reflejan en las cuatro consultas a las que acudió tras la cirugía, dejando de asistir a revisiones a partir de noviembre de 2011.

Como se expresa en el informe de la Inspección Médica:

“En cada una de esas consultas postoperatorias, las reseñas del especialista en la Historia Clínica registradas en su momento especifican, en todas ellas que, a través de la radiología, la corrección estaba mantenida utilizando la expresión frecuente de “Rx: todo mantenido”, incluida la última registrada, a los dos años de la intervención. Clínicamente la paciente manifestaba alguna queja, por temporadas con autotest de incapacidad en grado alto y sin alta satisfacción (...).

No cabe por tanto reprochar dejadez alguna en el seguimiento de la evolución de la enfermedad. Del mismo modo, al menos hasta la última consulta (de noviembre de 2011), se mantenía la corrección de la columna y con posterioridad la reclamante dejó de acudir al Servicio para continuar con el tratamiento y control. Este tratamiento no fue viable ya que se desvinculó de la asistencia sanitaria en el Hospital.

Por todo ello, la evolución de la enfermedad tras la cirugía, y las limitaciones de movilidad que padece la reclamante, no son achacables a una mala praxis médica, ni en la realización de la cirugía, ni en el seguimiento posterior.

Por último, cabe rechazar la pretensión de vulneración del derecho a una debida información sobre los riesgos de la cirugía, de conformidad con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

La posibilidad de rotura del implante está contemplado como riesgo posible en este tipo de cirugía. Así, el documento de consentimiento informado de la intervención de *“artrodesis vertebral posterior”*, firmado por la reclamante, contempla como *“complicaciones relacionadas con el uso de estos implantes”*, entre otros el *“riesgo de desmontaje; ocasionalmente los implantes pueden aflojarse o romperse”*.

Además en las consultas en el HULP desde 2006 a 2009 se recogen anotaciones sobre la posibilidad de practicar la cirugía en función del avance y desarrollo de la enfermedad, por lo que cabe perfectamente deducir que la reclamante fue ampliamente informada de sus riesgos y posibilidades de éxito a lo largo del tiempo.

Ningún reproche cabe por tanto hacer en este punto a la asistencia prestada.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación por responsabilidad patrimonial objeto del presente dictamen, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante, ni existir una vulneración de su derecho a un debida información.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 10 de septiembre de 2014

