

Dictamen n^o: **62/15**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **18.02.15**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 18 de febrero de 2015, 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 F.V.C., sobre responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios causados por la defectuosa asistencia sanitaria prestada a su esposa, A.T.G. en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 14 de enero de 2015 tuvo entrada en este órgano consultivo, solicitud de dictamen preceptivo firmada por el consejero de sanidad, sobre el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 24/15, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excm. Sra. Dña. María José Campos Bucé quien formuló

y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión de la Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 18 de febrero de 2015.

SEGUNDO.- El expediente remitido trae causa de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por F.V.C., en nombre y representación de su esposa A.T.G., presentada en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón el 24 de febrero de 2013 y registrada de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 24 de enero de 2014 (folios 1 a 4 del expediente administrativo).

Según el escrito de reclamación, la esposa del reclamante ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón el día 28 de diciembre de 2012 aquejada de convulsiones continuadas y fiebre alta. Detalla que permaneció ingresada en el citado centro hospitalario, empeorando de forma continuada y alarmante, sin recibir la asistencia médica necesaria, *“debido a las fiestas navideñas”*. El reclamante alega que, ante esa situación de *“peligro de fallecimiento”*, bajo su criterio y *“obligados por el miedo”*, solicitaron el alta voluntaria con el fin de salvarla de aquella gravedad inminente.

El reclamante continúa señalando que una vez su esposa recibió el alta, fue trasladada a una entidad privada, el Hospital A, donde se procedió a la estabilización del cuadro inflamatorio-infeccioso general que la paciente presentaba.

Por todo ello, solicita una indemnización en cuantía de catorce mil ciento nueve con ochenta y dos euros (14.109,82 €), que dice es la cantidad a la que ascienden los gastos de atención en la sanidad privada.

TERCERO.- Del examen de la historia clínica y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

A.T.G. de 69 años de edad en el momento de los hechos, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón el día 28 de diciembre de 2012, al presentar un cuadro *“relativamente agudo de náuseas, tiritona, malestar general de comienzo nocturno. No vómitos. No dolor abdominal”*.

Tras la exploración y pruebas complementarias (analítica, RX de tórax y abdomen y ecografía abdominopélvica), no se aprecian signos de colecistitis aguda. Se anota que dado que la paciente persiste con sensación distérmica y se objetiva PCR elevada así como que no está claro el foco, se decide mantener en observación hasta el día siguiente con antibioterapia de amplio espectro y control analítico por la mañana. Se informa a la paciente y a la familia.

El 29 de diciembre de 2012 el Servicio de Medicina Interna sospecha de una posible colangitis aguda, al presentar la paciente un patrón colestásico con marcadores de fase aguda elevados y síndrome febril. Se pauta el ingreso con tratamiento sintomático y modificación del tratamiento antibiótico. Se solicita nueva analítica y Eco abdominal. Se anota que se informa a la paciente y a la familia.

El 30 de diciembre de 2012 la paciente es atendida por el médico a las 14:43 horas. Se anota que la paciente se encuentra asintomática, sin náuseas ni vómitos, con fiebre en la mañana. En el control analítico de ese día se aprecia aumento de RFA con discreto descenso de transaminasas y empeoramiento en perfil de colestasis. Se mantiene a la paciente en dieta absoluta con Pipe/Tazo. Se solicita analítica para el día siguiente. Consta en la anotación de ese día que se informa a la paciente y a la familia presente.

El 31 de diciembre de 2012 la interesada es vista por el médico a las 10:42 y a las 14:26 horas. En la analítica realizada ese día destaca un claro

empeoramiento del patrón de colestasis aunque sin clara ictericia en la exploración. Se anota que dada la discordancia con la ecografía inicial, se solicita Colangio-RMN para valorar mejor la vía biliar. Se mantiene antibioterapia y dieta absoluta, con la previsión de ECO urgente si hay un empeoramiento brusco.

El 1 de enero de 2013 la paciente es vista por el médico al presentar sensación de molestias epigástricas y disnea, de presentación progresiva. Se pauta RX de tórax, que se realiza ese mismo día y se ajusta el tratamiento médico con diuréticos.

A las 2:30 horas del día 2 de enero de 2013 la paciente avisa por dificultad respiratoria, refiere dolor torácico central que aumenta al respirar. Aumenta la disnea al levantarse al w.c, por lo que se indica que no se levante, que realice diuresis en la cama. A las 6:45 a la entrada del personal de enfermería la paciente se encuentra en el sillón, *“pese a las recomendaciones de enfermería de mantenerse en cama con cabecero elevado”*. A las 7:45 se vuelve a levantar al w.c y se fatiga, se anota que *“se le insiste en el reposo en la cama pero no sigue las recomendaciones de enfermería”*.

El médico solicita RM colangiografía que se realiza ese mismo día. Tras la prueba, la paciente presenta importante taquipnea con dolor epigástrico y centrotorácico que no cede con analgésicos. Se realiza ECG que muestra taquicardia. Se extrae analítica con Dímero D muy elevado. Se pide TAC urgente con protocolo de tromboembolismo pulmonar (TEP) y analítica y RX de tórax para el día siguiente. Se ajusta el tratamiento. La paciente presenta disnea de esfuerzo y se insiste en el reposo en cama.

El TAC no muestra signos de TEP, pero sí hallazgos sugestivos de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC). El médico acude a valorar a la

paciente tras la prueba. Se solicita ecocardiograma urgente para completar estudio. Se informa a la paciente y a la familia.

Se solicita interconsulta al Servicio de Cardiología, que decide iniciar antiagregación y anticoagulación por no poder descartarse síndrome coronario agudo.

Se repite ECG, se realiza TAC de tórax y gasometría arterial basal y bioquímica con enzimas cardíacas. Por orden del cardiólogo de guardia se decide trasladar a la paciente para monitorización con telemetría.

El 3 de enero de 2013 se coloca telemetría, se solicita TC abdominal y se ajusta el tratamiento. Se anota que se informa a la paciente y a los familiares.

El 4 de enero de 2013 el médico acude a las 10:40 horas a valorar a la paciente. Se encuentra estable hemodinámicamente, afebril con leve taquipnea, continúa con dolor centrotorácico sin claro dolor abdominal. Se habla con Cardiología y Medicina Interna para el traslado a sus camas ya que el problema en ese momento parece un foco infeccioso no conocido e ICC.

Se informa de la situación de la paciente a la familia, que solicita el alta voluntaria para el traslado a un centro privado.

Cuando el médico del Servicio de Medicina Interna pasa a valorar a la paciente para el traslado a su servicio, la familia ya ha decidido el alta voluntaria. Tras anamnesis, exploración física y revisión de pruebas complementarias, se considera que debe pasar a cargo de ese Servicio tras consultarlo con el Servicio de Cardiología, sin embargo la familia confirma su deseo de traslado y se elabora el informe de alta voluntaria.

En el informe de alta se hace constar como juicio clínico entre otras patologías, síndrome de respuesta inflamatoria sistemática, foco

hepatobiliar inicial (sin patología detectable en ECO y colangioRNM), así como insuficiencia cardiorrespiratoria aguda: posible miocarditis.

La paciente ingresa el 4 de enero de 2013 en el Hospital A donde permanece ingresada hasta el día 17 de enero de 2013, bajo tratamiento del Servicio de Medicina Interna con interconsultas del Servicio de Cardiología y de Digestivo. Durante la estancia hospitalaria la paciente permanece estable hemodinámicamente, desapareciendo los datos clínicos y radiológicos de insuficiencia cardíaca. Presenta elevación del perfil hepatopancreático. No existen datos concluyentes sobre el origen inicial de las molestias abdominales. La paciente recibe el alta con el juicio clínico de miocardiopatía de estrés, resuelta; dolor abdominal y alteración del perfil hepático no filiado y probable pancreatitis aguda por bajo gasto, en resolución.

CUARTO.- Recibida la reclamación anterior, con fecha 7 de febrero de 2014 se requiere al reclamante para que, en cumplimiento de los arts. 31 y 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, acredite la representación que dice ostentar de la paciente o bien se presente la reclamación suscrita y firmada por la perjudicada. Además se solicita que aporte copia de las facturas de la sanidad privada, así como copia de los informes médicos de los que dispusiera sobre dicha asistencia.

En contestación a dicho requerimiento, la paciente presenta un escrito con fecha 12 de febrero de 2014, en el que cuantifica el importe de su reclamación en 19.109,82 euros, que es el resultado de sumar a los gastos en la sanidad privada otros 5.000 euros en concepto de daños morales. Detalla que se ha producido en su caso una omisión de la atención sanitaria, y que ante la inacción de médicos y enfermeras, debido a la huelga sanitaria de los días del ingreso, no tuvo más remedio que acudir a la sanidad privada *“para salvar la vida”*. La reclamante acompaña su escrito con diversos

informes de la asistencia sanitaria recibida en el Hospital A; una factura del Hospital A por importe de 13.709 euros y otra de un servicio de ambulancias que asciende a 400 euros, un contrato de préstamo de una entidad bancaria y copias del DNI y del libro de familia de la paciente (folios 10 a 38 del expediente).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la interesada del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (folios 39 a 107 del expediente).

Figura en el expediente un informe del jefe de la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario Fundación Alcorcón de fecha 5 de marzo de 2013, en el que tras reproducir lo escrito por dicho servicio en el informe de alta voluntaria, señala que independientemente de la percepción que tenga la paciente y su familia de la asistencia sanitaria recibida, ésta fue adecuada en todo momento a las necesidades de la enferma (folio 42).

También se ha incorporado al expediente un informe pericial elaborado a instancias del Servicio Madrileño de Salud, en el que tras analizar la reclamación y la historia clínica de la paciente, concluye que la asistencia sanitaria fue correcta y adecuada a la *lex artis*; que el traslado al Hospital así como que el tratamiento dispensado en la sanidad privada no difirió del que se venía prestando en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón y que si la paciente no estaba conforme con la asistencia dispensada podría haber solicitado su traslado a otro hospital público.

Conforme a lo establecido en el artículo 84 de la LRJ-PAC y el artículo 11 del Reglamento se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a la reclamante y al Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

En contestación a dicho trámite, la reclamante presentó escrito de alegaciones, con fecha 2 de julio de 2014, en el que incide en que de haber permanecido en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón sin haber

acudido a la sanidad privada no se habría resuelto la insuficiencia cardiaca de la que estaba aquejada. Asimismo denuncia una falta absoluta de información durante todo el ingreso (folios 126 a 130).

No consta que el hospital concertado con la Comunidad de Madrid haya formulado alegaciones en el trámite conferido al efecto.

Finalmente, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria -por delegación en la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 6/2014, de 17 de marzo- se dicta propuesta de resolución, en la que se concluye, que la asistencia sanitaria fue acorde a la *lex artis*, que no hubo falta de información ni de atención a la paciente en ningún momento y que el traslado a la sanidad privada no obedeció a una urgencia vital, por lo que se propone desestimar la reclamación.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de *“Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por la reclamante en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

SEGUNDA.- En el caso examinado, es evidente que la paciente ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por cuanto que es la persona que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche. No obstante debe observarse que la reclamación se presentó inicialmente por el esposo de la reclamante, y que requerido éste para que acreditara la representación que decía ostentar de la paciente, este requerimiento fue atendido por la propia perjudicada, quien a partir de ese momento ha actuado en nombre propio en el procedimiento, de lo que cabe inferir su voluntad de ratificar lo hasta entonces actuado por quien dice representarle (en el mismo sentido el Dictamen 492/10, de 29 de diciembre o 73/14, de 12 de febrero, entre otros).

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En el presente caso, la reclamación se interpone el 27 de febrero de 2013 por una supuesta deficiente asistencia sanitaria que se prolongó desde el 28 de diciembre de 2012 hasta el 4 de enero de 2013, fecha en la que la reclamante causó alta voluntaria para acudir a la sanidad privada, por lo que no cabe duda que la reclamación se habría formulado en el plazo de un año que marca el texto legal.

En la tramitación del procedimiento se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, se encuentra regulado en el título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

Como se dijo *ut supra*, se ha recabado y evacuado informe del servicio médico implicado en el proceso asistencial de la reclamante. También durante la instrucción se ha incorporado al procedimiento un informe pericial elaborado a instancias del Servicio Madrileño de Salud. Asimismo, se ha dado trámite de audiencia a los interesados, la reclamante y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

No se ha aportado informe de la Inspección Sanitaria, no obstante, sin dejar de mencionar la importancia que el citado informe tiene en estos expedientes de responsabilidad patrimonial, al tener en este caso carácter facultativo habida cuenta de la fecha de la reclamación (27 de febrero de 2013), anterior a la Orden 317/2013, de 6 de mayo, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen los criterios de actuación en materia de inspección sanitaria y se aprueba el Plan Integral de Inspección de Sanidad de la Comunidad de Madrid para el período 2013 a 2015, su omisión no supone una irregularidad invalidante.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución de 1978, desarrollado por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, y supone el reconocimiento del derecho de los particulares a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

CUARTA.- En el presente caso, la reclamante dirige su reproche al Hospital Universitario Fundación Alcorcón, al que imputa una omisión del deber de atención y asistencia, lo que, según reclama, le obligó a acudir a la sanidad privada, solicitando en consecuencia el reembolso de los gastos satisfechos, así como una suma en concepto de daños morales.

Conforme a lo expuesto en la consideración anterior, la primera cuestión que se debe examinar en orden a determinar la procedencia de la indemnización solicitada, es la existencia real y efectiva del daño aducido. Como hemos expresado anteriormente, la reclamante solicita una indemnización en concepto de daño moral, que se limita a invocar pero no concreta. Al respecto cabe señalar que el Tribunal Supremo considera que *“los daños morales, por oposición a los meramente patrimoniales, son los derivados de las lesiones de derechos inmateriales”* (así Sentencia de 6 de abril de 2006) y que *“la situación básica para que pueda darse un daño moral indemnizable consiste en un sufrimiento o padecimiento psíquico o espiritual, impotencia, zozobra, ansiedad, angustia”*, constituyendo *“estados de ánimo permanentes de una cierta intensidad (...)”*. En la Sentencia de 14 de marzo de 2007, se mantiene que *“a efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración se incluye el daño moral. Sin embargo, por tal no podemos entender una mera situación de malestar o incertidumbre, salvo cuando la misma ha tenido una repercusión psicofísica grave”*. Además al igual que el daño patrimonial, el daño moral debe ser probado. En este caso concreto, la reclamante no ha aportado prueba alguna que permita tener por acreditado que tal daño moral se ha producido, por lo que la mera alegación de la reclamante de haber sufrido tal daño, no puede prosperar ni concretarse en una indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

Por lo que se refiere a los gastos de asistencia en la sanidad privada los mismos han quedado acreditados mediante las facturas que la interesada ha aportado al procedimiento.

En materia de reembolso de gastos, este Consejo viene recordando (dictámenes 209/09, de 29 de abril, 648/11, de 23 de noviembre y 56/14, de 5 de febrero, entre otros) que:

«las sentencias de los tribunales de lo contencioso-administrativo reconocen el derecho de los pacientes a ser indemnizados en la cuantía de los gastos realizados por tener que acudir a la medicina privada, siempre y cuando, ante la pasividad o falta de diligencia de la sanidad pública, el enfermo no haya tenido más alternativa, para obtener solución a su dolencia, que acudir a la sanidad privada (vid. por todas, la Sentencia núm. 699/2007, de 31 de mayo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9ª, nº de recurso: 174/2004). Nótese, además, que en todos los casos de los fallos judiciales que estiman la responsabilidad patrimonial de la Administración por necesidad de acudir a la medicina privada, se trata de supuestos constatados de falta de diligencia y pasividad prolongadas durante un largo periodo de tiempo, o en que se ha producido un sensible empeoramiento de la salud del enfermo, que justifican la pérdida de confianza del paciente en los médicos que le venían atendiendo en la sanidad pública, “confianza –como razona la Sentencia del TSJ de Madrid, de la misma Sala y Sección, núm. 378/2008, de 25 de marzo; nº de recurso 184/2005- que constituye un presupuesto inescindible de la prestación sanitaria”».

Sin embargo, en este caso no se aprecia que hubiera una actuación de dejadez o desidia de los servicios sanitarios públicos que hiciera que la reclamante tuviera que acudir a la sanidad privada para que su salud no sufriera daños.

Consta en la historia clínica examinada que la reclamante estuvo sometida a una actuación continua y constante tanto por el personal médico como de enfermería del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, sin que exista atisbo en el expediente de la dejación o desidia alegadas por la reclamante, bien por tratarse de la época navideña, como

reprocha en un primer momento o por la existencia de una huelga sanitaria que invoca posteriormente. La historia clínica muestra que la paciente fue sometida a múltiples pruebas de manera diaria (analíticas, serología, ecografías, Rx de tórax, ecocardiogramas, TAC, RM colangiografía...) en función de la sintomatología que iba presentando, y fue tratada por un equipo multidisciplinar (Medicina Interna, Cardiología y Digestivo). También la historia clínica revela que el tratamiento fue constante y adaptado a las necesidades que la paciente presentó en cada momento (nutrición parental, tratamiento farmacológico con antibióticos de amplio espectro, antiagregación...). De igual manera la historia clínica revela, en contra de lo manifestado por la reclamante, que ella y su familia fueron informadas de manera constante y diaria de la evolución de la paciente y del tratamiento que se iba instaurando en cada momento.

Por otro lado, resulta de la historia clínica examinada que tanto el diagnóstico como el tratamiento instaurado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón fueron muy semejantes al juicio clínico y tratamiento de la sanidad privada. En este punto, la historia clínica revela que tanto en la sanidad pública como en la sanidad privada se apreció un foco infeccioso y una patología hepática que no fue posible filiar en ninguno de los centros hospitalarios, a pesar de las múltiples pruebas realizadas y que apreciada una insuficiencia coronaria en ambos centros, la paciente fue tratada tanto en la sanidad pública como en la privada por un equipo médico multidisciplinar integrado por el Servicio de Medicina Interna, Cardiología y Digestivo.

Conviene recordar que la regulación legal permite acudir a la sanidad privada pero sólo en casos de urgencia vital en los términos del artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, interpretado restrictivamente por los

tribunales del orden social (vid. sentencia del Tribunal Supremo (Sala Cuarta) de 25 de mayo de 2009 (recurso 2/2008) y sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Aragón de 20 de enero de 2015 (recurso de suplicación 771/2014).

Lo expuesto hasta ahora permite entender que no hubo en este caso ni situación de urgencia vital objetivada ni desidia en los servicios sanitarios públicos sino que la decisión de la reclamante y su familia de acudir a la medicina privada, fue una actuación atribuible más a su temor e impaciencia, que una consecuencia de la dilación o demora de los médicos de la Sanidad Pública, los cuales, como hemos expuesto, pusieron los medios a su alcance para lograr la curación de la enferma.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, ni darse los presupuestos necesarios para el reembolso de los gastos de asistencia en la sanidad privada.

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, 18 de febrero de 2015