CONSEJO CONSULTIVO
DE CASTILLA Y LEÓN

Sr. Velasco Rodríguez, Presidente en funciones

Sr. Rey Martínez, Consejero y Ponente
Sr. Nalda García, Consejero

Sra. García Fonseca, Secretaria

La Sección Primera del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 30 de abril de 2014, ha examinado el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx,* y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I
ANTECEDENTES DE HECHO

El día 26 de marzo de 2014 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, ya fallecido, D. xxxx1, en el Hospital hhhh de xxxx1.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite en la misma fecha, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 121/2014, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Castilla y León, aprobado por la Resolución de 5 de febrero de 2014 de la Mesa de las Cortes de Castilla y León. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Rey Martínez.

Primero.- El 16 de diciembre de 2011 D. xxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial, debido al fallecimiento de su padre, D. xxxx1, el 16 de octubre de 2011.

En su escrito expone que "desde el 21 de octubre de 2010 hasta el 17 de diciembre del mismo año mi padre (…) fue deficientemente tratado y atendido por el personal del Hospital hhhh de xxxx1 de un tumor vesical detectado el día 3 de septiembre anterior. Este hecho, además de obligar a mi padre a acudir a otro centro a recibir el correspondiente tratamiento, ocasionó un agravamiento de la enfermedad e innumerables daños físicos, morales y económicos, así como la consecuente pérdida de la oportunidad de tratarse de forma pronta y adecuada en otro centro".

Sobre la imputación del daño considera que "Se imputa el hecho lesivo al personal facultativo del Hospital hhhh y a demás personal de la Gerencia Regional de Salud de las Áreas de xxxx1, quienes, con su negligente actuación y omisión en la atención a las necesidades del paciente, permitieron que durante semanas la enfermedad detectada desarrollara recidivas y que ésta pasase del estadio PT1 al PT2, lo que determinó una variación significativa en el pronóstico de recuperación, así como en el tratamiento y que redujo las posibilidades de superación de la enfermedad".

Solicita una indemnización de 162.461,70 euros.

Acompaña a su escrito copias, entre otras, del certificado de defunción, del Libro de Familia, de la solicitud dirigida al Registro de actos de última voluntad, de diversa documentación médica y de documentación médica de la Clínica Universitaria de xxxx2.

Con posterioridad aporta otra documentación al procedimiento.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica, informe de 14 de febrero de 2012 del Jefe de Servicio de Urología del Hospital hhhh de xxxx1, dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora e informe de la Inspección Médica de 1 de marzo de 2012.

Tercero.- Concedido trámite de audiencia, el 20 de noviembre de 2012 se presentan alegaciones.

Cuarto.- Con posterioridad al trámite de audiencia se incorpora al expediente informe de la Inspección Médica de 11 de diciembre de 2012, por el

que se ratifica en el informe emitido el 1 de marzo de 2012, y ampliación del dictamen médico elaborado a instancia de la compañía aseguradora el 15 de febrero de 2013.

Quinto.- Concedido nuevo trámite de audiencia, el interesado presenta alegaciones en las que reitera la pretensión inicialmente deducida.

Sexto.- El 16 de diciembre de 2013 se formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación.

Séptimo.- El 10 de febrero de 2014 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa dicha propuesta favorablemente.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II
CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h),1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Primera emitir el dictamen según lo establecido en el apartado tercero, 1.g) del Acuerdo de 6 de marzo de 2014, del Pleno del Consejo, por el que se determina la composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido, sustancialmente, con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (16 de diciembre de 2011), hasta que se realiza la propuesta de orden (16 de diciembre de 2013). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la

Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación, recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- La Administración ha dado por cierta la concurrencia en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Consta que se presentó el 16 de diciembre de 2011, es decir, antes de transcurrir un año desde el fallecimiento acaecido el 16 de octubre de 2011.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos".

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado, así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia modula el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con aquél que pueda producirse.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, que está, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño –por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 16 de marzo de 2005 y de 7 y 20 de marzo y 20 de diciembre de 2007), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

5ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte el criterio de la propuesta de orden que conduce a desestimar la reclamación planteada, ya que de la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que se imputa a los servicios sanitarios públicos.

El interesado alega una mala *praxis* médica que dio lugar a una pérdida de oportunidades asistenciales y, además, que como consecuencia del retraso injustificado en la asistencia debida tuvo que acudir a la sanidad privada.

Se solicita una indemnización no sólo por los gastos realizados al tener que acudir a un centro privado, sino también por los daños ocasionados por la mala *praxis* médica sufrida por el paciente en el Hospital hhhh de xxxx1.

En relación con el asunto sometido a dictamen es preciso distinguir entre los reembolsos de los gastos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, en los casos que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, y los supuestos de responsabilidad patrimonial de la Administración propiamente dichos.

En cuanto al reintegro de gastos médicos, el artículo 4, apartado 3, del Real Decreto 1.030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la carta de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, dispone: "La cartera de servicios comunes únicamente se facilitará por centros, establecimientos y servicios del Sistema Nacional de Salud, propios o concertados, salvo en situaciones de riesgo vital, cuando se justifique que no pudieron ser utilizados los medios de aquél. En estos casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en los convenios internacionales en los que España sea parte o en normas de derecho interno reguladoras de la prestación de asistencia sanitaria en supuestos de prestación de servicios en el extranjero".

En este sentido cabe mencionar la siguiente Sentencia de 11 de abril de 2008 del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Contencioso-Administrativo en xxxx1: "En relación específica al posible reintegro de los gastos médicos satisfechos en el ámbito de la medicina privada, cabe señalar que dicha materia se reguló de modo tradicional por lo dispuesto en el artículo 18 del R.D. 2766/67, de 16 de noviembre (en la redacción dada por el Decreto 2575/73), que establecía la posibilidad de obtener el reintegro de los gastos ocasionados por la asistencia recibida fuera de la Seguridad Social en dos casos: denegación injustificada de asistencia (al que se asimilaba el error de diagnóstico) y el supuesto de urgencia vital que imposibilitaba que el tratamiento se recibiera por los medios dependientes del Servicio Nacional de Salud. En cualquiera de ambos supuestos la acción de reintegro de gastos era conocida por la jurisdicción social (en aplicación de lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley de Procedimiento Laboral) y ello porque se trataba de una reclamación en materia de prestaciones de Seguridad Social.

»No obstante, esta regulación fue sustancialmente modificada por el R.D. 63/95, de 20 de enero, de Prestaciones de Asistencia Sanitaria, que tras señalar en el artículo 5.1 que `La utilización de las prestaciones se realizará con los medios disponibles en el Sistema Nacional de Salud, en los términos y condiciones previstos en la Ley General de Sanidad y demás disposiciones que

resulten de aplicación y respetando los principios de igualdad, uso adecuado y responsable, y prevención y sanción de los supuestos de fraude, abuso o desviación´, su apartado 3 estableció que 'En los casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, que hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud, se reembolsarán los gastos de la misma una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los servicios de aquél y que no constituye una utilización desviada o abusiva de esta excepción'. A partir de la entrada en vigor del R.D. 63/95, pues, los dos supuestos de reintegro de gastos que recogía la regulación tradicional (denegación de asistencia y urgencia vital) quedaron reducidos solo a uno, el último: urgencia vital, y éste sigue siendo susceptible de reclamación ante los órganos de la jurisdicción social, señalando la STS, Sala de lo Social, de 20 de octubre de 2003 que 'Del texto de la norma reglamentaria se deduce que son cuatro los requisitos exigidos para que el reintegro de gastos por asistencia sanitaria ajena al sistema público sea procedente. Dos positivos: que se trate de urgencia inmediata, y que sea de carácter vital. Y los otros dos, negativos: que no hubiera posibilidad de utilización de los servicios de la sanidad pública y que el caso no constituya una utilización abusiva de la excepción'.

»Sin embargo, los supuestos que antes se encuadraban en lo que se llamaba denegación de asistencia o error de diagnóstico han venido siendo objeto de reclamaciones por la vía contencioso administrativa mediante la responsabilidad patrimonial de la Administración, incluyéndose supuestos de retraso injustificado en prestar la asistencia debida, retraso que lleva al beneficiario de la Seguridad Social a buscar que la asistencia le sea prestada por la medicina privada que, generalmente, es más rápida y carece, en buena medida, de listas de espera, todo ello sin perjuicio de considerar con carácter general que el Sistema de Asistencia Sanitario Público tiene unos recursos limitados que implican la necesidad de existencia de lista de espera, por lo que en principio esta circunstancia no genera responsabilidad patrimonial, siempre y cuando dicha espera deba considerarse razonable y adecuada, para lo cual deberá de atenderse a las circunstancias concretas de cada caso, siendo posible, por tanto, que por vía de responsabilidad patrimonial pueda verse resarcido el particular de un perjuicio padecido si ha existido un retraso injustificado en la asistencia que debía ofrecérsele o que dicha espera no pueda considerarse razonable".

Debe puntualizarse que no cabe exigir a la Administración, en el ámbito de la salud pública, sino la aplicación de los medios posibles en función del

estado de la ciencia en el momento en que aquélla presta sus servicios, puesto que, en todo caso, la prestación es de medios y no de resultado. La Administración Sanitaria no está obligada, como es natural, a obtener un resultado siempre positivo, pues entender otra cosa supondría aceptar un principio de aseguramiento universal, que convertiría a la Administración en una especie de aseguradora de todas las enfermedades, independientemente de la prestación de todos los medios que pone a su alcance la ciencia en cada momento (doctrina del Tribunal Supremo, por todas la Sentencia de 23 mayo 2007, de la Sala Tercera, de lo Contencioso-administrativo, Sección 6ª).

Por otro lado, debe recordarse que la doctrina de la pérdida de oportunidad se refiere a supuestos en que hay una concausa en la producción del desenlace final. Junto a la enfermedad hay una acción u omisión sanitaria que disminuye las posibilidades de curación, sin que pueda saberse con certeza si dichas posibilidades se habrían o no materializado en el caso de prestarse adecuadamente el servicio sanitario.

El informe de la Inspección Médica avala la adecuación de las actuaciones sanitarias llevadas a cabo. En dicho informe se indica que "El cáncer de vejiga es un tumor maligno que tiene como factores más importantes para su aparición el tabaco y ciertos productos químicos cancerígenos. El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo porque está asociado a una alta mortalidad durante largo seguimiento de fumadores e incluso porque el pronóstico de los fumadores es peor que otros factores".

Asimismo indica que "a parte de otros métodos convencionales, la técnica más específica y actualizada para el diagnóstico y/o tratamiento es la cistoscopia y resección transuretral (RTU): Con este procedimiento se visualiza y extirpa una porción del tejido o toda el área afectada o sospechosa".

Respecto al procedimiento asistencial seguido, indica que "por presentar hematuria en agosto-septiembre de 2010, es intervenido en el HRH mediante RTU vesical, diagnosticándose carcinoma vesical nivel T1G3".

La intervención se realiza el 14 de octubre de 2010 (fue incluido en la lista de espera quirúrgica para la realización de RTU vesical el día 29 de septiembre de 2010), y es dado de alta el día 21 de octubre de 2010.

El 25 de noviembre de 2010 es visto en Urología y se decide programar nueva intervención de RTU.

En este sentido el citado informe indica que "Por recidiva del proceso, en noviembre se programa nueva intervención (RTU) en el HRH. Acude a la CUN y en diciembre es intervenido mediante RTU, diagnosticándose carcinoma vesical nivel T2 N1 M0. Se realiza quimioterapia. El proceso evoluciona y en revisión de febrero de 2011 el diagnóstico es recidiva extensa vesical tumoral. En abril es reintervenido en la CUN, realizándose cistectomía radical. En junio la situación es de recidiva precoz de la enfermedad con infiltración en órganos abdominales. Tras nuevos ciclos de quimioterapia, en agosto acude a tratamiento a xxxx3 (HGSo), donde fallece".

El meritado informe señala que en el caso de que los factores iniciales no son de buen pronóstico (antecedente de tabaquismo, grado de diferenciación celular G3), como procedimiento asistencial el HRH (Hospital hhhh) plantea una pauta de tratamiento universalmente aceptada, e indica que en el consentimiento informado consta expresamente que el procedimiento puede no eliminar la totalidad de la masa tumoral. Deciden intervención en centro privado que inicialmente utiliza la misma técnica que tenía prevista el HRH, si bien, finalmente la evolución es desfavorable.

También pone de manifiesto que se ha excedido el plazo normativamente establecido para la práctica de la segunda intervención en el HRH -que es de 30 días naturales- y entró en lista de espera el 25 de noviembre. Figura en el informe, como fecha para la segunda intervención, el 28 de diciembre de 2010.

Sin embargo, también señala que acude el 17 de diciembre a la CUN (Clínica Universitaria de xxxx2) y que el ingreso en la CUN es del 19 al 24 de diciembre de 2010; el plazo para la intervención vencía el 26 de diciembre, pero antes de dicha fecha el paciente ya había sido operado en dicho centro, el 20 de diciembre de 2010.

El citado informe concluye que "se considera que no se acredita negligencia ni mala práctica médica y que la evolución es atribuible a la propia naturaleza de la dolencia sufrida, a las condiciones clínicas del paciente y a los riesgos conocidos del tratamiento".

En el mismo sentido se expresa el dictamen médico de la compañía aseguradora, en el que se indica que aproximadamente el 20 % de los pacientes con tumor vesical infiltrante en el momento del diagnóstico ya presentan metástasis a distancia. Asimismo indica que la enfermedad metastásica se considera incurable y que los distintos tratamientos -quimioterapia o radioterapia- utilizados no han demostrado ninguna mejora en la supervivencia.

También pone de manifiesto que "no se ha podido establecer una relación lineal entre el tiempo de demora (RTU – cistectomía) y el pronóstico. La mayoría de los estudios realizados sugieren que una demora de 3 meses no influye en el pronóstico de estos pacientes".

En relación a la administración de quimioterapia antes de la cirugía (neoadyuvante) indica que "tiene las siguientes hipotéticas ventajas: se presume que cuanto antes se administre la carga de micrometástasis será menor y la tolerancia del paciente será mejor que después de la cistectomía". No obstante, también manifiesta que "presenta indudables desventajas: la exactitud de la estadificación clínica es de sólo el 70 % y, por lo tanto, podemos administrar quimioterapia con sus complicaciones a pacientes sin micrometástasis y, por otra parte, la enfermedad progresará en los tumores no sensibles a la quimioterapia y se retrasará la cistectomía que es el único tratamiento eficaz".

En el informe ampliatorio del citado dictamen también se manifiesta en relación a las asistencias recibidas en Urgencias en diciembre de 2010 que, a diferencia de lo indicado por el reclamante, no se ignoraron los antecedentes médicos del paciente, y es normal en este tipo de pacientes que acudan a Urgencias por síndrome miccional y de hematuria.

Asimismo, en sus conclusiones declara que fue correctamente diagnosticado de un cáncer de vejiga superficial (G3 PTQ) el 14 de octubre de 2010, que en la consulta de 25 de noviembre de 2010 se le indicó una segunda RTU y que "la posible demora en la realización de la 2ª RTU no fue la causante de que el tumor PT1 evolucionara a PT2. Sino que debido al tamaño del tumor el paciente fue infraestadiado en la 1ª RTU (como sucede en un 10 % de los casos)".

Por todo ello puede considerarse, al acoger dichos argumentos, que no cabe apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria y, en consecuencia, la reclamación debe desestimarse.

En cuanto al retraso sufrido en el funcionamiento de la lista de espera, puesto de manifiesto en el informe de la Inspección Médica, en el ámbito de la Comunidad Autónoma, el artículo 14 del Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el registro de pacientes en lista de espera de atención especializada y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el sistema de salud de Castilla y León, establece:

"1.-En el caso de que se superen los plazos máximos establecidos en este Decreto para realizar la intervención quirúrgica sin que ésta se haya efectuado, el paciente podrá optar por permanecer en la lista de espera, o ser atendido en un centro sanitario de su elección que deberá estar debidamente autorizado por la Administración Sanitaria correspondiente.

»2.- En el supuesto previsto en el apartado anterior, la Gerencia Regional de Salud estará obligada a pagar al centro elegido por el paciente los gastos derivados de la realización de la intervención quirúrgica, en las condiciones y cuantías establecidas en este Decreto".

El artículo 15.1 de la citada norma establece que "Superado el plazo máximo de espera que establece el presente Decreto, el paciente que opte por ser atendido en un centro de su elección solicitará al titular de la Gerencia de Salud de Área correspondiente un documento en el que se acredite que se ha superado el plazo máximo de espera. La expedición de dicho documento deberá efectuarse en el plazo de dos días contados a partir del siguiente al de la entrada de la solicitud del interesado en el registro de la Gerencia de Salud de Área y conlleva la salida del Registro de pacientes en lista de espera".

En el presente supuesto el paciente no siguió el procedimiento prescrito, sino que decidió acudir al centro privado de su elección. Por lo tanto, a la luz de los datos que obran en el expediente que se analiza, en relación con la indemnización por tales gastos, puede concluirse que su decisión fue voluntaria, de modo que es el paciente quien ha de soportar los gastos económicos que se derivaron de su decisión de acudir a la clínica privada.

Además, ha de tenerse en cuenta que corresponde al reclamante la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que ésta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios finales cuya indemnización reclama.

Por todo lo expuesto, la reclamación debe desestimarse.

III
CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su padre, ya fallecido, D. xxxx1, en el Hospital hhhh de xxxx1.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.