



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y  
Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 7 de mayo de 2009, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1, en su propio nombre y en el de su esposo, D. xxxx2*, 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 1 de abril de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1, en su propio nombre y en el de su esposo D. xxxx2, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 8 de abril de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 326/2009, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.



**Primero.-** El 10 de enero de 2007 tiene entrada en la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León, en xxxxx, una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por Dña. xxxx1, en su propio nombre y en el de su esposo, D. xxxx2, debido a los daños derivados de la falta de atención prestada a este último, en el área de hospitalización psiquiátrica del Hospital hhhhh de xxxxx.

La reclamante considera en su escrito que se ha producido un funcionamiento anómalo por parte de los servicios públicos, manifestando que la falta de adopción de medidas de vigilancia por parte de los responsables del centro hospitalario fue la causa del intento de suicidio de D. xxxx2, ya que no se realizó una vigilancia expresa del enfermo, y se dejó a su disposición la cinta de una persiana para realizar su ahorcamiento. El intento autolítico le ha producido al enfermo una encefalopatía anóxica.

Se señala que “las gravísimas secuelas que el Sr. xxxx2 sufre actualmente tienen su origen en el hecho de que la habitación donde fue ingresado y que teóricamente debería estar preparada para alojar a pacientes con trastornos psiquiátricos con tendencias suicidas, careciendo por ello de todo elemento válido para autoinfligirse daño alguno, tenía deficiencias severas en materia de precaución, al disponer la ventana de una persiana manejable a través de un mecanismo de subida y/o bajada mediante una cuerda, que cualquier ser humano normal emplea para su uso ordinario, pero que, en manos de un paciente con tendencias suicidas ya declaradas previamente puede servir de horca improvisada (...)”.

Solicita como indemnización la cantidad de 754.662,36 euros.

Adjunta a su reclamación Sentencia de incapacitación de D. xxxx2 y nombramiento de su esposa, Dña. xxxx1, como tutora; diversos informes médicos; documentación relativa a la concesión de una incapacidad permanente y certificado de minusvalía del 78 %.

**Segundo.-** D. xxxx2 tiene antecedentes de haber padecido episodios depresivos previos.

En octubre de 2005 ingresa, por primera vez, en el Hospital hhhhh de xxxxx por ideación suicida, siendo dado de alta una semana después bajo



tratamiento antidepresivo y ansiolítico y con el diagnóstico de trastorno adaptativo con alteración mixta de emociones y conducta.

El 10 de enero de 2006 ingresa de nuevo, tras presentar empeoramiento de la sintomatología previa y reaparecer la ideación suicida. En el examen mental realizado se destaca que el paciente presentaba, además de la sintomatología depresiva, ideas de muerte con "ideación autolítica poco estructurada". En hoja de evolución, sin fechar ni firmar, se especifica que "el paciente quiere ingresar por estar pensando mucho en el suicidio". Ese mismo día, ya en la Unidad, pasó la tarde tranquilo y por la noche se le administró un ansiolítico/hipnótico para dormir.

El 11 de enero de 2006, por la mañana, según consta en la hoja de observaciones de enfermería, se le modificó el tratamiento y se le observó tranquilo. Por la tarde, sobre las 18,20 horas, el paciente realiza su intento suicida: una vez que enfermería había terminado de tomar las constantes, su compañero de habitación avisa que estaba colgado de la cinta de la persiana, con un par de vueltas al cuello. Se corta la cinta y se le realiza la reanimación cardiorespiratoria, pues el paciente estaba en parada. El tiempo aproximado desde que se le encuentra hasta comenzar la reanimación es de un minuto.

En la UCI se logra la recuperación del paciente, si bien con las consecuencias de una falta de una anoxia cerebral que le han dejado graves secuelas neurológicas.

**Tercero.-** Al expediente se incorpora la historia clínica del paciente y, entre otros, los siguientes informes:

- Informe de un facultativo del Servicio de Psiquiatría del Hospital hhhhh de xxxxx, de 6 de marzo de 2007, que señala:

"En la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de este Hospital, desde su apertura, hace casi treinta años, se han ido introduciendo medidas arquitectónicas y cambios en el mobiliario tendente a dificultar, precisamente, hechos como el que nos ocupa, y podemos asegurar que el resultado ha sido una muy escasa incidencia de autolisis a lo largo de estos años, sin embargo es imposible controlar todas las circunstancias y posibilidades en las que un paciente pueda autoagredirse.



»El paciente xxxx2, recurrió a la utilización de la cinta de la persiana como método de ahorcamiento, pero también es cierto que podría haber recurrido a otros objetos imposibles de controlar (su propia ropa, la ropa de la cama, etc.). Con esto queremos recalcar que las medidas de seguridad no pueden ser absolutas y que la vigilancia sobre los pacientes siempre tiene el límite de preservar su intimidad, máxime en pacientes que por su patología no estarían incluidos entre los que tienen un riesgo de autolisis más alto”.

- Informe de la Inspección Médica de 11 de abril de 2007, en el que se relata que “En la mañana del día 11-1-06 leemos en la hoja de enfermería que ha estado tranquilo y en el turno de tarde que sobre las 18,20 h. se le toma la tensión arterial: 100/65 y F.C.: 62 y leemos anotado: ‘No habíamos terminado de tomar las constantes, cuando su compañero de habitación entró y sale diciendo que su compañero estaba colgado. Le hemos encontrado colgado de la cinta de la persiana, con un par de vueltas al cuello, hemos cortado la cinta y comenzado la reanimación cardiorespiratoria, pues el paciente estaba en parada. Vienen de UVI, le intuban y ha comenzado a respirar espontáneamente, pero está inconsciente. Tiempo aproximado desde que le hemos encontrado hasta comenzar la reanimación un minuto”.

Además de ello, se realizan las siguientes consideraciones:

“1. Fundamentan la reclamación en que el paciente fue ingresado en una habitación no preparada para alojar a pacientes depresivos con ideaciones autolíticas.... tenía deficiencias severas en materia de precaución, al disponer la ventana de una persiana manejable mediante cuerda.

»Pero como nos dice el Dr. (...): ‘es imposible controlar todas las circunstancias y posibilidades en las que un paciente pueda autoagredirse’.

»No alega la reclamante nada de que a su esposo se le permitiera usar pijama, o se le dejara utilizar ropa de cama, o se le permitiera utilizar cubiertos para comer y es que con estos utensilios y, otros muchos, también pudo haber realizado un intento autolítico; y no creo que ni su familia, ni el paciente que ha ingresado voluntariamente hubiera admitido el ingreso, aislado, en una habitación acolchada, desnudo, o atado a una cama, para que un paciente depresivo no tenga posibilidad alguna de intento autolítico.



»De tomarse medidas de este calado, la familia y el paciente alegarían que se estaba atentando contra su dignidad y contra sus derechos constitucionales”.

»(...) Alegan también la conducta omisiva en el deber de vigilancia por parte del personal de enfermería, pero acababan de tomarle las constantes, estaban realizándolo a otros pacientes y no han vulnerado protocolo alguno y por tanto la *lex artis ad hoc* que les obligara a la observación continuada del paciente las 24 horas del día de manera ininterrumpida.

»(...) Por lo anteriormente expuesto considero, que en el presente caso se ha actuado con una gran profesionalidad (lo que permite al paciente seguir vivo) y no se ha vulnerado la *lex artis ad hoc*, por lo que el reclamante no tiene derecho a la indemnización que nos solicita.

- Informe de 27 de mayo de 2007, emitido a solicitud de la compañía aseguradora sssss, en el que se indica:

“La tentativa suicida se llevó a cabo a plena luz del día cuando todos los pacientes están despiertos levantados y las enfermeras vigilantes por lo que se puede decir que esta conducta en las condiciones que se produjo fue muy imprevisible e impulsiva.

»Hasta ese momento y tras 30 años de funcionamiento de la Unidad se creía que las medidas de seguridad eran suficientes y, por supuesto, nadie, hasta ahora, había utilizado las cuerdas de las persianas para este propósito.

»Finalmente, dado que el paciente estaba tranquilo y se supone que esperanzado por el hecho de haber ingresado voluntariamente para ser ayudado, no se valoraron otras medidas de seguridad como la sujeción mecánica demasiado humillante y exagerada en ese momento del día (quizá durante la noche hubiese sido más lógica a la hora de evitar que una persona hubiese de vigilar permanentemente al paciente).



»(...) El paciente fue internado en una unidad de cuidados psiquiátricos agudos con medidas generales de seguridad que se consideraron suficientes.

»La conducta que presentó el paciente durante su estancia, el hecho de ingresar voluntariamente, y de no sufrir una psicosis (sin conciencia de enfermedad), hizo que no se tomaran medidas especiales de vigilancia creyéndose suficientes las habituales de la Unidad”.

**Cuarto.-** Concedido trámite de audiencia, el 29 de octubre de 2007 la interesada formula alegaciones en las que señala que, aun cuando el ingreso fue voluntario, se hizo por indicaciones de los profesionales que le atendieron, siendo el diagnóstico erróneo por cuanto no se indicó que era conveniente la vigilancia continua del paciente al no averiguarse la persistencia de su ideación suicida. En el referido escrito se propone la terminación convencional mediante el abono de 500.000 euros.

**Quinto.-** Consta en el expediente administrativo la interposición de un recurso contencioso-administrativo, contra la desestimación presunta de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, ante el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de xxxxx.

**Sexto.-** El 16 de febrero de 2009 la Dirección General de Administración e Infraestructuras, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación planteada.

**Séptimo.-** El 2 de marzo de 2009 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden indicada.

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 Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido 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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (10 de enero de 2007) hasta que se formula la propuesta de orden (16 de febrero de 2009). 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, sin olvidar el incremento que ha de conllevar necesariamente la cantidad que, como indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración, se vaya a conceder al reclamante, en su caso, mediante la oportuna resolución.

**3ª.-** Concurren en la parte interesada 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 los artículos 142.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, y 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 parte interesada ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.



**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.

**5ª.-** El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación presentada por Dña. xxxx1, en su propio nombre y en el de su esposo, D.





xxxx2, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx.

Existe un número considerable de reclamaciones de responsabilidad civil dirigidas contra los centros sanitarios, con fundamento en la omisión de los deberes de vigilancia, control y custodia de los enfermos ingresados o de sus pertenencias. Dentro de ellos tienen especial complejidad los supuestos de intentos de suicidio realizados por personas con afecciones psíquicas (por todos Dictámenes del Consejo Consultivo de Castilla y León números 2 y 654/2004 y 421/2005), en los que se debe valorar la necesidad de adopción por la Administración sanitaria de específicas medidas de vigilancia, ponderando si existe un deber especial de custodia, teniendo en cuenta la posible presencia de una ideación suicida más o menos estructurada.

Debe tenerse presente que, por regla general, los ingresos hospitalarios se producen por decisión libre y voluntaria del enfermo y que a toda persona mayor de edad se le supone la plena capacidad jurídica y de obrar, por lo que, en principio, sólo nacería el deber de custodia de los centros sanitarios cuando se produce el ingreso de menores e incapacitados, o en situaciones de grave falta de consciencia, derivado de la posición de garante de la vida e integridad física de las personas que no pueden valerse por sí mismas, en aplicación del principio *neminem laedere*.

El artículo 8.1 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, establece que "Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado (...)".

Por ello y salvo en las excepciones apuntadas, el ingreso en un centro sanitario no coloca al enfermo en una situación de sujeción especial respecto del mismo, como ocurre con los internos penitenciarios (por todas, Sentencia del Tribunal Constitucional 57/1994), puesto que la relación jurídica se establece por decisión libre y voluntaria del enfermo y del centro sanitario, no ostentando el mismo un poder superior y más intenso del que es normal y ordinario en toda entidad administrativa.



Únicamente en los supuestos de internamiento forzoso y en aquellos en los que el enfermo, por cualquier causa, ya sea permanente o transitoria, se halla privado de conocimiento y de razón, el centro sanitario se constituye en guardador de hecho, asumiendo las obligaciones inherentes a tal condición, con un estándar de servicio más exigente, e imponiendo a la Administración un deber de actuar más diligente y adecuado a las circunstancias del enfermo.

Dicha función de garante se incumple cuando se produce una omisión culposa de los deberes de vigilancia y de control de los enfermos por parte del centro sanitario.

**6ª.-** La cuestión planteada en el presente expediente consiste en determinar si en la reclamación objeto del mismo concurren los requisitos legales para conceder la indemnización solicitada.

En primer lugar es preciso analizar si el intento de autolisis resultaba o no previsible a la vista de los antecedentes del paciente, ya que en caso afirmativo hubiera sido necesario adoptar medidas de atención y cuidado. Debe igualmente valorarse si la conducta del enfermo supone o no una ruptura del nexo causal, para lo cual, enlazando con cuanto acaba de decirse, ha de establecerse si, debido a su alteración mental, era previsible que se comportase creando riesgos para sí mismo, pues si la situación es conocida por la Administración Sanitaria, ésta tendría un mayor deber de vigilar el comportamiento de quien se encuentra privado de una capacidad normal de discernimiento.

El examen de la reclamación debe partir de la consideración que del nexo causal ha hecho el Tribunal Supremo en casos semejantes. Así, en los supuestos de fallecimiento de internos en centros psiquiátricos, se ha afirmado que no es obstáculo a la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración el carácter directo, inmediato y exclusivo del nexo causal, sino que “la imprescindible relación de causalidad entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido puede aparecer bajo formas mediatas, indirectas y concurrentes (aunque admitiendo la posibilidad de una moderación de la responsabilidad en el caso de que intervengan otras causas, lo cual debe tenerse en cuenta en el momento de fijarse la indemnización)” (Sentencia de 28 de marzo de 2000, entre otras).



Los Tribunales han venido entendiendo así, en casos de culminación de los propósitos autolíticos de pacientes con afecciones psíquicas, que la insuficiencia de las medidas de prevención adoptadas con respecto de alguno de ellos puede resultar un título de imputación a la Administración Pública correspondiente. En este sentido cabe citar las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de julio de 1991 y de 10 de diciembre de 1987. La primera de ellas, aplicada en sentencias más recientes (como la de 4 de abril de 2000), califica supuestos similares como de “no funcionamiento, es decir de una actitud pasiva o inactiva de la Administración, constituida por una falta de vigilancia cuando ésta resultaba especialmente demandada por las excepcionales circunstancias del caso”. Centra así su enfoque en “lo que, con acierto, ha distinguido la doctrina de los autores y ha tomado en consideración, al menos implícitamente, la jurisprudencia del Tribunal Supremo, como supuesto de no funcionamiento, de una actitud pasiva o inactiva de la Administración constituida por una falta de vigilancia (...), tratándose tan solo de corroborar si existió o no el descuido, desentendimiento o despreocupación por el posible hecho lesivo que la actitud del omitente acarrearía, bastando con ello para que se establezca el nexo causal entre pasividad y el perjuicio”. La segunda de ellas pone de relieve “la culpa de la Administración” y atribuye “el resultado lesivo a la negligente vigilancia como desencadenante del mismo (daño)”.

Debe examinarse, por tanto, si se produjo una actuación de la Administración que concurriera causalmente a la producción de un perjuicio que los reclamantes no tuvieran el deber jurídico de soportar.

De los informes incorporados al expediente se desprende una tendencia depresiva del enfermo, así como un control del centro sanitario, que consideraba tranquilo y orientado al enfermo la misma mañana de los hechos, no encontrando por ello peligro.

En el presente caso se ha de subrayar que el intento se produce de forma sorpresiva, sobre las 18,20 horas, en horas de visita, una vez que la enfermera había terminado de tomar sus constantes, siendo su compañero de habitación y la rápida reanimación cardiorrespiratoria realizada las que evitan un fatal desenlace, pues el paciente estaba en parada. El tiempo aproximado transcurrido desde que se encuentra al paciente hasta comenzar la reanimación es únicamente de un minuto, lo que demuestra la diligencia del personal que le asistió.



El enfermo se encontraba en condiciones de cierta normalidad y ello era conocido por el servicio sanitario, que le mantiene ingresado en observación. El paciente es consciente de su propia enfermedad y no se encuentra privado de su capacidad de discernimiento debido a su alteración mental, únicamente se le ingresa porque se deseaba evitar riesgos como el de un intento de suicidio, "porque tenía miedo a poder hacer algo contra su vida", que efectivamente realizó y que, según los informes técnicos contenidos en el expediente, no era previsible.

Así, el informe de Urgencias recoge una "idea autolítica poco estructurada" y la conducta que presentó el paciente durante su estancia, ingresando voluntariamente y sin sufrir una psicosis (sin conciencia de enfermedad), hizo que no se tomaran medidas especiales de vigilancia creyéndose suficientes las habituales.

El centro hospitalario debe adoptar medidas generales de control y seguridad para los enfermos, pero también específicas y adecuadas a cada enfermo que limiten su actividad en función de la patología diagnosticada, de los riesgos previsibles y de la situación clínica del paciente en cada momento. Esto debe ser así, como acertadamente señala la propuesta de resolución, con el fin de conjugar esta protección y control de los pacientes hacia sí mismos y hacia los demás con el reconocimiento y respeto de su derecho a la dignidad y autonomía, incluso como medio para lograr una mejor recuperación e integración social.

Por ello, no pueden establecerse reglas generales, exorbitantes, de control y limitación de movimientos de los pacientes, sino que las medidas se deben acomodar a cada avance del enfermo, de acuerdo con su diagnóstico clínico y su evaluación continua.

En cuanto a la posible existencia de una anormalidad en el servicio, por la existencia en la habitación de elementos que pudieran favorecer los intentos de suicidio, debe señalarse que el instrumento directamente utilizado -una cinta de persiana- no parece especialmente idóneo para una tentativa de ahorcamiento y, por el contrario, constituye un elemento natural de la misma, aparentemente inofensivo, por lo que no puede considerarse objetivamente peligroso para los enfermos.



Por todo lo expuesto, considerando que no ha quedado acreditada la responsabilidad patrimonial de la Administración, en los términos establecidos por las tesis jurisprudenciales expuestas, el Consejo Consultivo comparte la propuesta desestimatoria formulada por la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

**7ª.-** Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la parte reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la resolución presunta por silencio administrativo, denegatoria de su reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso que en dicho proceso hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

### **III CONCLUSIONES**

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

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. xxxx1, en su propio nombre y en representación de su esposo D. xxxx2, debido a los daños derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx.

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