



Sr. Madrid López, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero y

Ponente

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 16 de marzo de 2006, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx*, 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 23 de febrero de 2006 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de febrero de 2006, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 236/2006, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Nalda García.

Primero.- Con fecha 1 de abril de 2005, tiene entrada en el registro de la Gerencia de Salud de Área de xxxxx una reclamación de indemnización de daños y perjuicios de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx. Expone en su escrito lo siguiente:



“El pasado 15 de noviembre de 2004, tras haber sufrido el día anterior un chasquido en mi pierna derecha, al levantarme de la cama, sentí, a la altura de la cadera derecha, un fuerte dolor que me impedía apoyar la pierna derecha e imposibilitándome caminar, por lo que mi familia llamó a una ambulancia que me trasladó al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx.

»Tras permanecer en el citado Servicio de Urgencias durante 3 ó 4 horas, el médico que me atendió nos informó, tanto a la abajo firmante como a mi hijo allí presente, que no había fractura alguna y que todo respondía a un tema muscular (...) prescribiendo un tratamiento de Termalgin: 1 cada 8 horas, y reposo relativo, remitiéndome a control por el médico de atención primaria.

»(...) como los dolores persistían, con la consiguiente imposibilidad para caminar y como ambos trabajan (en referencia a su hijo y su mujer), lo que suponía que iba a permanecer sola en casa (...) para estar mejor atendida, decidimos que, en tanto no recuperara mi movilidad, ingresara en la clínica xxxxx (...).”

En dicha clínica, donde estuvo ingresada desde el 15 hasta el 27 de noviembre de 2004, se le diagnostica “fractura subcapital impactada de cadera derecha grado I”, prescribiendo a la paciente un tratamiento a base de descarga del miembro afectado, ejercicios, etc., no precisando de intervención quirúrgica al no tener dicha fractura desplazamiento.

Considera la reclamante que los servicios médicos de la seguridad social incurrieron en un error de diagnóstico, solicitando un indemnización de 2.250,28 euros más los intereses que devenguen esta cantidad, que se corresponde con los gastos desembolsados por la atención sanitaria recibida desde la medicina privada.

Acompaña a su escrito el informe del Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, informe médico privado, diversas facturas correspondientes a la asistencia recibida en la Clínica xxxxx y el justificante bancario del abono de dichas facturas.

Segundo.- Al expediente administrativo se ha incorporado la siguiente documentación:



I.- Informe del Jefe de Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, emitido en fecha 21 de abril de 2005, en el que se señala:

“La paciente xxxxx de 89 años de edad acudió al SUH el día 15 de noviembre de 2004, a las 13:55 horas, por dolor en cadera derecha, espontáneo sin trauma previo. El Dr. vvvvv inició la atención médica de dicha paciente a las 14:30, constatando dolor mecánico a la movilidad pasiva, sin acortamiento ni rotación externa de la extremidad inferior. No obstante solicitó Rx de cadera en proyecciones AP y axial, sin evidencia alguna de fractura de la cadera derecha en el momento de la exploración, hecho corroborado verbalmente por el Servicio de Radiodiagnóstico. La paciente fue dada de alta a las 17:00 horas con tratamiento analgésico y reposo relativo.

»Desde el punto de vista del SUH, y a la luz de la nueva revisión de las radiografías practicadas, la actuación y el diagnóstico de alta del Médico de Urgencias fue correcto”.

II.- Informe emitido por la Inspección Médica, con fecha 19 de octubre de 2005, en el que se concluye:

“En las radiografías realizadas en el Hospital hhhhh de xxxxx, ninguno de los facultativos entrevistados por esta Inspección Médica apreció evidencia alguna de fractura de cadera derecha, así como tampoco fue evidenciada en su día por el Dr. mmmmm y en la posterior revisión por la Dra. zzzzz, Jefe del Servicio de Urgencias del citado Hospital. Por lo que se considera correcta la asistencia prestada a Dña. xxxxx, el día 15/11/04 en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx.

»(...).

»Que Dña. xxxxx, ante la persistencia de la sintomatología clínica debió de acudir, bien a su médico de atención primaria, según se recomienda en el informe de urgencias (control por su médico) o de nuevo al propio Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, para revisión de su sintomatología”.

III.- Informe realizado por el Dr. ppppp, de ttttt, S.L., de fecha 29 de noviembre de 2004, en el que se señala que la paciente acude a urgencias tras presentar dolor de forma brusca al levantarse, a nivel de cadera derecha,



sin traumatismo previo. Señala como diagnóstico, a la vista de las pruebas radiodiagnósticas, "fractura subcapital impactada de cadera derecha grado I".

Tercero.- Mediante resolución de fecha 20 de octubre de 2005 se concede trámite de audiencia a la reclamante, notificada el 26 de octubre, presentando escrito de alegaciones el 3 de noviembre de 2005 reiterando sus pretensiones.

En el mismo se señala que "es evidente la responsabilidad patrimonial de esta Gerencia ya que sus facultativos no supieron dar el diagnóstico correcto a la dolencia que presentaba mi representada en el momento de ser atendida por los Servicios de Urgencia del Hospital hhhhh de xxxxx, errando gravemente en el diagnóstico de la dolencia de mi representada, a la que se mandó a casa porque sólo era un dolor mecánico de cadera, sin reparar que, en realidad, mi mandante presentaba una fractura en su cadera derecha por la que precisaba del correspondiente tratamiento médico y facultativo, muy alejado del reposo y calmantes inicialmente prescrito por los servicios de esa Gerencia".

Cuarto.- Mediante escrito registrado con fecha 8 de noviembre de 2005 la reclamante comunica a la Administración sanitaria el anuncio de la interposición del correspondiente recurso contencioso-administrativo ante el Juzgado de ese orden jurisdiccional de xxxxx.

Posteriormente consta que la Administración, a requerimiento judicial, remite el expediente administrativo tramitado al efecto al Juzgado de lo Contencioso-Administrativo de xxxxx.

Quinto.- Con fecha 29 de noviembre de 2005, la Dirección General de Desarrollo Sanitario remite al Servicio de Normativa y Procedimiento de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León la propuesta de resolución de carácter desestimatorio.

El Director General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León formula propuesta de orden desestimatoria, mediante escrito de 20 de enero de 2006, por entender que no puede establecerse una relación de causa a efecto entre la actuación de la administración sanitaria, que ha sido conforme a la *lex artis ad hoc*, y el daño sufrido por la reclamante.



Sexto.- El 27 de enero de 2006 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre 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 el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3ª.- Concurren en la interesada los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992. 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.

No obstante, es preciso destacar negativamente que se ha producido una demora injustificada en la tramitación del presente expediente, puesto que la reclamación fue formulada en abril de 2005, el trámite de audiencia fue concedido en octubre de 2005 y la propuesta de orden fue elaborada en enero de 2006. Este retraso necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a 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.

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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, Sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), 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, nexos 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.

Además, 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 razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia 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.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de daños y perjuicios formulada por Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh de xxxxx.

La 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, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, esto es, antes de transcurrir un año desde la fecha del hecho causante.

6ª.- En cuanto al fondo de la cuestión planteada, estima este Consejo Consultivo, al igual que los órganos que han informado a lo largo del procedimiento, que procede desestimar la reclamación en los términos y por las razones que procedemos a exponer y analizar.

Es necesario destacar en primer lugar que, al tratarse de una responsabilidad en el ámbito sanitario, la obligación, como regla general, es de medios y no de resultados, lo que supone la utilización de aquellas medidas que conozca la ciencia médica y que se encuentren a disposición del profesional sanitario en el lugar donde se produce el tratamiento.



En el presente caso, la reclamante alega en su escrito de reclamación que ha recibido una deficiente asistencia sanitaria en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, al serle diagnosticada erróneamente la dolencia que padecía. Así, en lugar de serle diagnosticada una fractura de cadera, se le diagnosticó dolor mecánico de cadera.

Hay que tener en cuenta, en primer término, que, conforme a la doctrina del Tribunal Supremo, el hecho de que la responsabilidad de la Administración sea objetiva, no convierte a la misma en responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple hecho de que ocurran en sus instalaciones.

Así, en Sentencia, entre otras, de 5 de junio de 1998, ha declarado que el "concepto de relación causal se resiste a ser definido apriorísticamente con carácter general, supuesto que cualquier acaecimiento lesivo –y así ocurre en el presente caso– se presenta normalmente no ya como el efecto de una sola causa, sino más bien, como el resultado de un complejo de hechos y condiciones que pueden ser autónomos entre sí o dependientes unos de otros, dotados sin duda, en su individualidad, en mayor o menor medida, de un cierto poder causal. El problema se reduce a fijar entonces qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final. De las soluciones brindadas por la doctrina la teoría de la condición o de la equivalencia de las causas que durante tanto tiempo predominó en el Derecho Penal, según la cual es causa del daño toda circunstancia que de no haber transcurrido hubiera dado lugar a otro resultado, está hoy sensiblemente abandonada. La doctrina administrativista se inclina más por la tesis de la causalidad adecuada, que consiste en determinar si la concurrencia del daño era de esperar en la esfera del curso normal de los acontecimientos, o si, por el contrario, queda fuera de este posible cálculo, de tal forma que sólo en el primer caso el resultado se corresponde con la actuación que lo originó es adecuado a ésta, se encuentra en relación causal con ella y sirve como fundamento del deber de indemnizar. Esta causa adecuada o causa eficiente exige un presupuesto, una *conditio sine qua non*, esto es, un acto o un hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del primero. Ahora bien, esta condición, por sí sola, no basta para definir la causalidad adecuada. Es necesario además que resulte normalmente idónea para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso; esto es, que exista una adecuación objetiva entre acto y evento, lo que se ha llamado la verosimilitud del nexo. Sólo cuando sea así,



dicha condición alcanza la categoría de causa adecuada, causa eficiente o causa próxima y verdadera del daño (*in iure non remota causas, sed proxima spectatur*). De esta forma quedan excluidos tanto los actos indiferentes como los inadecuados o inidóneos y los absolutamente extraordinarios determinantes de Fuerza Mayor”.

La cuestión se centra, por tanto, en determinar si la asistencia sanitaria prestada por los servicios médicos del Hospital hhhhh de xxxxx ha sido o no correcta.

Por tanto, lo primero que debe analizarse es si el diagnóstico realizado por el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, en noviembre de 2004, puede o no considerarse erróneo.

En este sentido podemos citar la Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1996, en la que se establece respecto a un posible error de diagnóstico que “(...) la conclusión de que dicha confusión sólo se considerará negligente cuando, al aparecer signos muy claros de una enfermedad, se determina otra cuyos indicios clínicos nada tengan que ver con su apariencia, fue aceptada por la sentencia traída a casación, la cual razona que, en tal supuesto, se tendrá en cuenta la similitud de síntomas de la verdadera enfermedad con la que, por confusión, se diagnostica, y, de ello, resuelve no estimar la existencia de culpa en el facultativo que establezca una clara relación causal entre la opinión equivocada y la muerte de don Juan T. C., cuyo juicio y respuesta no son irracionales, ni ilógicos y, por consiguiente, permanecen invariables en la casación”.

Tal y como hace constar en su informe la Inspección Médica, la fractura de cadera es una patología muy frecuente en un paciente anciano –en el presente caso, la paciente tenía 89 años– y la misma “incluye todas las fracturas del fémur proximal y según la localización de la línea de fractura se clasifican en tres grupos: subcapital, pertrocanterea y subtrocanterea. La fractura subcapital es una fractura del cuello femoral y la línea de fractura se localiza entre la cabeza y los trocánteres.

»La clínica que presentan las fracturas de cadera se caracterizan habitualmente por dolor intenso y referido a la región inguinal, acortamiento y rotación externa del miembro afectado, aunque en ocasiones puede variar. El diagnóstico se confirma con el consiguiente estudio radiológico”.



En el presente caso, lo que se pone en tela de juicio es si los facultativos que atendieron a la reclamante en el servicio de urgencias de un hospital público hicieron un diagnóstico correcto, al no apreciar fractura de cadera a la paciente, como parece observarse posteriormente, y ese mismo día en una clínica privada.

Como se acaba de señalar, el diagnóstico de fractura de cadera se confirma con radiografías, las cuales efectivamente le fueron realizadas a la paciente en la sanidad pública, surgiendo la duda sobre si dichas radiografías fueron o no debidamente analizadas por los facultativos.

Al respecto, la Inspección Médica señala que dichas radiografías fueron nuevamente revisadas, además de por el facultativo que atendió a la paciente en urgencias, por el Jefe del Servicio de Urgencias, por el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico e incluso por el traumatólogo de la clínica privada, llegando todos ellos a la conclusión de que en dichas radiografías no se observa evidencia de fractura de cadera derecha. Sin valorar las conclusiones derivadas de las pruebas realizadas horas después en la clínica privada, puede observarse la similitud en el tratamiento pautado: en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh de xxxxx, "Termalgín cada 8 horas, reposo relativo, control por su médico" y en la clínica privada "descarga del miembro afectado, ejercicios, no precisando de intervención quirúrgica: Permaneció ingresada en la Clínica". Por ello, no se puede concluir que la asistencia sanitaria no fuera conforme a la *lex artis ad hoc*.

El hecho de que la reclamante acudiera el mismo día en que es dada de alta en el servicio de urgencias del hospital público a la sanidad privada no puede justificarse en el hecho de que la asistencia recibida en el primero fuera incorrecta. Tal y como pone de manifiesto en su informe la Inspección Médica, lo que debió hacer la paciente y su familia, ante la persistencia de la sintomatología clínica, hubiera sido acudir bien a su médico de atención primaria –según le recomienda de forma escrita el propio servicio de urgencias– o bien acudir nuevamente al propio servicio de urgencias del hospital.

Por último, hemos de hacer un breve análisis sobre si estaba justificado o no que la reclamante acudiera a la medicina privada. Al respecto, no considerando las razones de naturaleza familiar que manifiesta en el apartado tercero de su reclamación, y teniendo en cuenta que no ha quedado acreditado



que existiera un error de diagnóstico, ni una asistencia sanitaria indebida, está claro que no hay base legal para justificar el haber elegido la medicina privada y pretender que ello sea a costa de la sanidad pública, a través de una indemnización de daños y perjuicios. Debe señalarse que tampoco ha quedado probado que estemos ante una asistencia sanitaria de carácter urgente, inmediata y vital, que pueda dar lugar no ya a una indemnización de daños y perjuicios como tal, sino al derecho al reintegro de los gastos médicos ocasionados en la medicina privada, en los términos contenidos en el artículo 5.3 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las Prestaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Al respecto, el Tribunal Supremo ha tenido ocasión de manifestar que los usuarios de los servicios del sistema sanitario público no tienen derecho a elegir entre la medicina privada y la pública, al recordar que la obligación asistencial tiene unos límites coherentes con los principios de eficacia, igualdad en los servicios prestados y limitación de medios, en un sistema de proyección a una cobertura de vocación universal. El acudir a la medicina privada tiene carácter excepcional a justificar por el beneficiario ante los tribunales, quienes deberán proceder con criterio cauteloso con la finalidad de evitar conceder el reintegro de cantidades devengadas por cuidados médicos en clínicas privadas, los que pudieron ser prestados en instituciones de la Seguridad Social, que disponen de medios técnicos y humanos muy cualificados, siendo éstos marginados o dejados de lado, en la mayoría de las ocasiones, en base a decisiones arbitrarias o por intereses profesionales, o de excesivo, aunque humanamente comprensible, afán familiar de agotar todo tipo de posibilidades terapéuticas. En este sentido procede citar, entre otras, Sentencia de 21 de diciembre de 1988.

De todo lo expuesto resulta claro que no queda acreditado que haya existido error de diagnóstico ni ningún otro tipo de error médico que justifique el que acudiera a la medicina privada sin agotar previamente todas las capacidades del sistema público de salud –hemos de entender que la paciente fue debidamente tratada–, dentro de las posibilidades existentes en una medicina de medios y no de resultados, quedando acreditado que la asistencia sanitaria prestada por la sanidad pública y el tratamiento instaurado fueron los más correctos en ese momento, dado su estado general según la *lex artis ad hoc* y, por consiguiente, sin derecho a indemnización alguna al respecto.



7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores y constando que la interesada 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 de 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.

Por último, nos vemos igualmente en la obligación de manifestar que la tardanza en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial –no justificada, puesto que desde que fue interpuesta la reclamación ha transcurrido con creces el plazo de seis meses que tiene la Administración para resolver– trae consigo no sólo molestias y posibles perjuicios al interesado, al obligarle a acudir a la vía judicial con los gastos que ello conlleva de forma inexcusable de procurador y abogado, entre otros, sino también a la propia Administración de Justicia con procedimientos que no deberían haberse ni siquiera iniciado, así como al personal encargado de la defensa de la Administración demandada.

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 a instancia de Dña. xxxxx, representada por D. yyyyy, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada.

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