

Expediente Núm. 352/2009
Dictamen Núm. 201/2010

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 30 de septiembre de 2010, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 26 de agosto de 2009, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, como consecuencia de la asistencia prestada por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 11 de septiembre de 2008, las interesadas presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la asistencia sanitaria prestada a su esposo y padre, respectivamente, en un centro de la red hospitalaria pública.

Refieren que el día 30 de marzo de 2007, el perjudicado fue “intervenido quirúrgicamente por razón de una gonartrosis izquierda (...), a partir de ese instante, la evolución del paciente y los insoportables dolores que sentía en la rodilla devinieron en una profunda depresión que se manifestaba en escapadas de su domicilio en horas nocturnas” y en continuos ingresos hospitalarios, causa fundamental que le llevó “al suicidio”.

Solicitan una indemnización de cien mil euros (100.000€), a razón de cincuenta mil euros (50.000€) para cada una de las reclamantes.

Proponen como medios de prueba la documental de la historia médica completa, la testifical de las dos reclamantes y la pericial, tanto de los servicios intervinientes como privada, que aportará la parte “a la mayor brevedad posible”.

Al escrito de reclamación acompañan copia del Informe Médico Forense de Autopsia de fecha 12 de septiembre de 2007. En él se refleja que el perjudicado “vendría aquejado de alteraciones afectivas en los últimos tiempos en forma de sintomatología depresiva (referido por su hija). Contando incluso con anteriores tentativas autolíticas en el pasado”, y concluye que “falleció por causas violentas de una etiología médico-legal compatible con el tipo suicida (...), la data del exitus es compatible con haber acontecido sobre las 21:00 horas del 11-9-07 (...), la causa fundamental del fallecimiento fue un atropello por un vehículo de trayecto obligado (ferrocarril)”.

2. El día 30 de septiembre de 2008, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios notifica a las interesadas la fecha en que tuvo entrada su reclamación en dicho Servicio y las normas del procedimiento con arreglo al cual se tramitará, concediéndoles un plazo de diez días para acreditar su condición de “derechohabientes del perjudicado fallecido”, debiendo también indicar el nombre de los centros donde “fue intervenido quirúrgicamente” y “tratado por su problema depresivo”.

3. Con fecha 14 de octubre de 2008, las reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito en el que identifican el hospital en el que “el paciente fue tratado de las dolencias de rodilla y de los problemas depresivos” y acompañan una fotocopia del Libro de Familia con las inscripciones matrimonial y filial.

4. Mediante oficios de fecha 23 de octubre de 2008, el Inspector de Prestaciones designado al efecto solicita a la Gerencia del Hospital una copia de la historia clínica del perjudicado y un informe del Servicio de Traumatología, y al Coordinador de Salud Mental, copia de la historia clínica relativa al proceso asistencial, así como un informe actualizado del Servicio de Salud Mental sobre el contenido de la reclamación.

5. El día 10 de noviembre de 2008, la Directora de Gestión y Servicios Generales del hospital remite al Servicio de Inspección Sanitaria una copia de la historia clínica del interesado y el informe solicitado.

En su informe, de fecha 7 de noviembre de 2008, el Médico Encargado del Servicio de Traumatología especifica que tras la intervención “el paciente es controlado en Consultas Externas de Traumatología el 3-5-07, donde refiere ausencia del dolor, pero persiste una limitación de la movilidad (...) y un control radiológico correcto”. El día 10 de mayo de 2007 se aprecia “igual movilidad y un leve derrame articular, sin presentar dolor, y mostrando el paciente un cuadro de obsesión por su limitación (se levanta de madrugada a hacer ejercicios de flexoextensión) y miedo a quedar inútil”; en posteriores consultas “se aprecia un descenso del derrame sin encontrar en la exploración signos infecciosos o de flogosis articular, con un balance articular de aproximadamente 80° de flexión y -15° de extensión y unos controles radiográficos correctos sin signos de alojamiento o malposición de la prótesis (...). Se remite a Psiquiatría al apreciar (...) un posible cuadro depresivo”. Fue visto de nuevo el día 16 de agosto de 2007, “encontrándose mejor de su dolor y una movilidad articular

similar que le permite caminar sin necesidad de ayuda de bastones o apoyo parcial, conducir y levantarse de una silla sin ayuda de apoyabrazos, sin signos infecciosos o flogóticos a la exploración de dicha rodilla y apreciándose únicamente una importante atrofia de cuádriceps”.

La historia clínica se compone, entre otros, de los siguientes documentos: a) Informe del cirujano adscrito al Servicio de Traumatología en el que consta que el “paciente ingresa para intervención quirúrgica programada” el día 29 de marzo de 2007, por “gonartrosis izquierda sobre genu valgo”, procediéndose el día 30 de marzo de 2007 a dicha intervención, “consistente en ATR posteroestabilizada tipo Optetrak de rodilla izquierda” y “dada la buena evolución clínica, se decide su alta ambulatoria” el día 11 de abril de 2007, programándose revisión en Consultas Externas de Traumatología. b) Informe del Área de Urgencias de fecha 1 de julio de 2007 por “dolor de rodilla” consignando en exámenes complementarios “Rx: PTR sin cambios”. c) Alta de Urgencias de fecha 19 de julio de 2007 por “malestar abdominal”. d) Alta de Urgencias de fecha 21 de julio de 2007 por “artrosis, ansiedad, estreñimiento”. e) Alta de Urgencias el día 30 de julio de 2007 por “lumbalgia inespecífica”. f) Informe del Área de Urgencias el día 21 de agosto de 2007 por “caída por terraplén hace unas 4 horas (...) no recuerda nada desde que salió de casa (...), la familia refiere que es el 1^{er} episodio y sospecha simulación”. El Servicio de Psiquiatría consigna como impresión diagnóstica “personalidad obsesivoide, preocupaciones hipocondríacas. Episodios confusionales `dudosos´. No ideación autolítica aunque sí sintomatología depresiva”. g) Informe de alta del Servicio de Neurología fechado el día 27 de agosto de 2007, en el que se especifica que el paciente “el día del ingreso sale por la mañana de casa (...) desapareciendo durante varias horas hasta que es traído por la policía al domicilio”, la familia indica que “no recordaba nada de lo ocurrido (...) y que presentaba preguntas reiterativas sobre qué le había pasado, sobre la cirugía de la rodilla y refiriendo continuamente que él no `estaba loco´. Lo que destacaba de este cuadro eran estas preguntas reiterativas y la dificultad para

fijar la información. (...) se fue recuperando progresivamente (...); presentaba erosiones cutáneas por arañazos (...). Ha presentado comportamientos absurdos y abigarrados, posiblemente por nerviosismo y como llamada de atención”.

6. El día 23 de diciembre de 2008, el Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital remite al instructor un informe sobre los episodios asistenciales del perjudicado indicando que el paciente “no ha ingresado nunca en la Unidad de Psiquiatría y que ambulatoriamente ha sido tratado por la (...) neuropsiquiatra”.

En el informe del Servicio de Psiquiatría de fecha 17 de diciembre de 2008, la Médica Encargada enuncia cronológicamente la asistencia prestada al paciente que se inicia en julio de 2007, “por presentar angustias y síntomas obsesivoides tras intervención en rodilla (...), nuevo contacto en agosto (...) con sintomatología similar, dos episodios recordados de `escapar´ de casa (...); siguiente contacto el 30-08-07, tras ingreso (...) por episodio de amnesia global transitoria”; previamente se “encontraba bien”.

7. Con fecha 19 de marzo de 2009, la Directora de Gestión y Servicios Generales del hospital remite el informe elaborado por la Médica Neuropsiquiatra que atendió al paciente. En él indica que este acude por primera vez a consulta el 17 de julio de 2007 por “presentar sintomatología ansioso-depresiva (...), el enfermo manifiesta rumiaciones negativas, ideas de minusvalía, insomnio e intolerancia al dolor. La familia comenta que se pone `como loco´ (...). Le vemos por 2ª vez el 13-8-07 (...) presenta comportamientos absurdos, llamadas de atención (...), niega ideas de suicidio y refiere que ha mejorado mucho la movilidad de su pierna (...), la familia comenta que pasa el día lamentándose (...). Vuelve a revisión el 30-8-08, según la familia estuvo bien hasta el día 21 en que (...) es ingresado en el hospital en el Servicio de Neurología siendo diagnosticado de amnesia global transitoria

(...); en esta última entrevista el paciente se mostraba lúcido, orientado y coherente”.

8. Con fecha 30 de marzo de 2009, el Inspector de Prestaciones Sanitarias emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él, expone que la actuación del Servicio de Traumatología ha sido correcta “no evidenciándose mala práctica alguna. Que un paciente tenga dolor e impotencia funcional tras implantarle una prótesis de rodilla, no puede ser (...) la causa directa de un cuadro depresivo y éste, a su vez, el motivo de un presunto suicidio”.

9. Mediante escritos de 1 de abril de 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios remite una copia del informe técnico de evaluación al Secretario General del Servicio de Salud del Principado de Asturias, y de todo el expediente a la correduría de seguros.

10. Consta incorporado al expediente un informe, emitido por una asesoría privada, a instancia de la entidad aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, suscrito por un especialista en Psiquiatría el día 3 de mayo de 2009.

En él afirma que “el motivo de la muerte del paciente fue `compatible´ con una conducta suicida” que no deriva de “una mala praxis quirúrgica pues en ningún momento, por medio de los estudios radiológicos realizados, se determina que la prótesis implantada haya sufrido `aflojamiento´ o `malposición´. Tampoco se objetivaron (...) síntomas de inflamación o de infección (...). Tras la intervención sufrió una leve disminución de la movilidad de la articulación (...) susceptible de rehabilitación./ Se constata por los especialistas que le atienden que está `obsesionado´ con su limitación y miedo a quedar inútil. Además, presenta quejas dolorosas excesivas, todo lo cual le lleva a lo que se considera conductas `exageradas´ por lo que se le termina remitiendo a su psiquiatra de zona” que le diagnostica de “trastorno ansioso-

depresivo (...). El cuadro del paciente se explica por la existencia de un cuadro depresivo, posiblemente recurrente (...), donde la intervención quirúrgica solo tuvo influencia como factor desencadenante pero nunca como factor causal”.

11. El día 27 de mayo de 2009 se notifica a las interesadas la apertura del trámite de audiencia y vista del expediente, remitiéndoles una relación de los documentos obrantes en el mismo.

12. El día 1 de junio de 2009 comparece en las dependencias administrativas una de las reclamantes a quien se le hace entrega de una copia del expediente, compuesto en ese momento por ciento treinta y siete (137) folios, según figura en la diligencia extendida al efecto. No consta que se hayan presentado alegaciones.

13. Con fecha 21 de julio 2009, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación formulada, por considerar que “la actuación del Servicio de Traumatología es correcta, no evidenciándose mala práctica alguna”. Afirma que “se trata de un paciente deprimido, con cuadros confusionales dudosos, comportamientos absurdos, llamadas de atención, huidas de casa y que estaba deprimido pero que no tenía ideaciones autolíticas. En dos ocasiones consta que se interrogó al paciente por esta posible patología negándola las dos veces. Por otra parte se desconocen los antecedentes personales del paciente, según los cuales el médico forense indica en su informe que según su hija había tenido anteriores tentativas suicidas. Nunca refirieron estos antecedentes en el sistema público sanitario, no existiendo referencia alguna al respecto en la historia clínica del paciente (...), aun en el caso de que fuese suicidio, el paciente no manifestaba esa ideación, no habiendo, por tanto, motivo alguno para que se tratase al enfermo de manera diferente a como se hizo o se pautasen otras terapias. La única forma de

conocer y diagnosticar el riesgo suicida de un paciente es que éste reconozca su existencia”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 26 de agosto de 2009, registrado de entrada el día 28 del mismo mes, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo”. En el presente caso, se presenta la reclamación con fecha 11 de septiembre de 2008, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen el día 11 de septiembre de 2007, por lo que es claro que fue ésta presentada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo que rige la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial). Procedimiento al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, están sujetas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites legal y reglamentariamente establecidos de incorporación de informe de los servicios afectados, trámite de audiencia y propuesta de resolución.

Sin embargo, se advierte en el procedimiento la omisión de actos expresos de instrucción, tales como la resolución de apertura del preceptivo periodo de prueba y la determinación de su plazo, así como, en lo que a la

práctica de pruebas se refiere, que no se ha realizado la testifical propuesta por las interesadas, sin que conste la preceptiva resolución motivada del instructor, en los términos de lo establecido en el artículo 9 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, en relación con dicha prueba, se ha de matizar que, a pesar de la solicitud formulada en su escrito inicial, lo cierto es que, concedido trámite de audiencia, las reclamantes no formularon alegación alguna al respecto, debiendo tenerse en cuenta además que las testigos propuestas son las mismas reclamantes, por lo que entendemos que la omisión de la prueba no genera indefensión. A ello ha de añadirse que, dado el contenido de la propuesta de resolución, no se aprecian razones para suponer que en el caso de que aquella se hubiera practicado se habría modificado el sentido final de la misma. Por ambas razones y en aplicación del principio constitucional de eficacia administrativa, no cabe estimar necesaria la retroacción de actuaciones cuando, de subsanarse el defecto, es de prever, en buena lógica, que se produciría la misma propuesta de resolución.

Por otra parte, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que si bien se comunica a las interesadas, por el Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, la incoación del expediente y la normativa aplicable, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado.

Por último, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 139 de la LRJPAC establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 141 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo

transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA. - A la vista de todo lo actuado, hemos de dar por probado que el padre y esposo de las interesadas falleció el día 11 de septiembre de 2008, a consecuencia del "atropello por un vehículo de trayecto obligado (ferrocarril)", constituyendo las circunstancias de la muerte "causas violentas de una etiología médico-legal compatible con el tipo suicida". Cabe presumir, por tanto, que las reclamantes han sufrido un daño moral como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que imputan a la atención que recibió en el sistema sanitario público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de

Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. También hemos de indicar que corresponde a quien reclama 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 esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

Las reclamantes sostienen que existe un nexo causal entre la “negligente asistencia” sanitaria recibida por su familiar, “en concreto (...) la operación de rodilla que se le practicó”, y el acto voluntario posterior de quitarse la vida, acaecido meses después. Entienden que “a partir de ese instante” (de la intervención quirúrgica), “la evolución del paciente y los insoportables dolores que sentía en la rodilla devinieron en una profunda depresión”, manifestada en diversos episodios “que culminaron con el fatal desenlace”.

En el procedimiento instruido queda probado que el fallecido era un paciente que venía siendo tratado de su dolencia (gonartrosis). Resulta igualmente acreditado que recibió atención psiquiátrica por parte del servicio público sanitario debido al cuadro depresivo padecido con posterioridad a la intervención, atención respecto de la cual ninguna imputación se realiza en la reclamación.

Sin embargo, pese a incumbirles la carga de la prueba de las imputaciones que alegan, las reclamantes no han desarrollado la menor actividad probatoria de este nexo causal, a pesar de la intención, manifestada en el escrito inicial y no materializada durante el procedimiento, de aportar un “informe pericial” encargado por ellas a fin de acreditar “la relación de

causalidad entre la actuación administrativa y la lesión sufrida por las hoy reclamantes". Por tanto, este Consejo Consultivo ha de formar su juicio al respecto de la posible existencia de la relación causal referida, sobre la base de la documentación que obra en el expediente y que no ha sido discutida por ellas.

A la vista de la documentación obrante, cabe concluir, en primer lugar, que la actuación de los Servicios de Traumatología y Rehabilitación fue adecuada, tanto en lo concerniente a la intervención practicada y su seguimiento como en lo relativo a la derivación del paciente a Psiquiatría. Por otra parte, la información relativa a la asistencia prestada por Salud Mental revela que el cuadro depresivo diagnosticado presenta diversos componentes relacionados con la patología padecida, cuyos síntomas o consecuencias no cabe equiparar sin más, en cuanto factores desencadenantes de dicho cuadro depresivo, con el tratamiento dispensado para su curación, indicándose además que, según refiere la familia, "presenta múltiples obsesiones con enfermedades", sin que en ningún caso se apreciaran, o se hubieran referido por el paciente, "ideaciones autolíticas".

En definitiva, no existe ningún elemento de juicio que permita atribuir "el dolor e impotencia funcional" que presentaba el paciente "tras implantarle una prótesis de rodilla" a la existencia de infracción de la *lex artis* durante la intervención desarrollada, ni durante el periodo rehabilitador posterior; tampoco cabe sostener que tales circunstancias constituyan la causa directa y exclusiva del cuadro depresivo, del que a su vez sería consecuencia el acto suicida.

Por todo ello, este Consejo entiende que no resulta acreditada la existencia de nexo causal alguno entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el suicidio, siendo la atención prestada, tanto en lo relativo al tratamiento de la gonartrosis padecida, como en lo concerniente al cuadro depresivo diagnosticado, adecuada en todo momento y acorde con la *lex artis*.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.