



ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 16 de abril de 2004, D^a. M. M. S. A. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud, por la defectuosa asistencia sanitaria recibida. Según la reclamante el día 19 de abril de 2003 se produjo el parto por cesárea de su primer hijo en el Hospital Los Arcos. Desde el primer día tras la intervención, afirma que presentó cuadros febriles alcanzando los 38,5º. Al quinto día, es decir, el 24 de abril, fue dada de alta a pesar de la hinchazón en la zona abdominal y de la presencia de fiebre. Ese mismo día, ante la persistencia de fiebre, acudió al servicio de urgencias del Centro de Salud de Torre Pacheco, donde se le diagnosticó infección urinaria y se le prescribió la correspondiente medicación. Al no experimentar mejoría volvió a dicho Centro el día 26, adoptando el facultativo que la atendió la decisión de que se le efectuase una valoración para descartar restos placentarios. Ante esta opinión la reclamante se desplazó ese mismo día al servicio de urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca, donde, al explorarla, detectan presencia de leucorrea vaginal, abdomen moderadamente distendido, blando y depresible, herida quirúrgica con reacción inflamatoria puntual alrededor de cada agrafe y, tras estudio ecográfico, es diagnosticada de endometritis puerperal, recomendando su ingreso hospitalario, que la reclamante prefirió hacer, ese mismo día, en el Hospital de Los Arcos por estar éste situado más cerca de su domicilio. Ingresada en él, el día 28 se procedió a drenar, aperturar y lavar la cavidad perineal, siendo dada de alta hospitalaria el 3 de mayo siguiente.

Alega que la no retirada en su totalidad de los restos de placenta originó las dolencias que padeció posteriormente y ocasionó que tuviera que someterse a una nueva intervención quirúrgica, por todo ello solicita una indemnización de 60.101,21 euros como resarcimiento por las lesiones, secuelas, días de incapacidad y perjuicio de todo tipo, incluidos los morales, que ha sufrido como consecuencia del deficiente funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, se solicita la historia clínica y los informes de los facultativos que atendieron a la reclamante en los hospitales de Los Arcos y Virgen de la Arrixaca, así como en la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.

TERCERO.- Desde este último organismo se remite la historia clínica de la paciente, así como el informe de la Dra. D.^a E. M. S., en el que se describen las visitas y se reproducen los informes de otros centros.

El Hospital de Los Arcos envía copia de la historia e informes de los siguientes facultativos:
A) Del Dr. en Ginecología, Sr. M. B., en el que, para cada uno de las cuestiones planteadas en la reclamación, manifiesta lo siguiente:

"CONTESTACIÓN AL PUNTO PRIMERO: La cesárea que se le practicó fue realizada por este facultativo y por la doctora G. T., el 19 de Abril del 2003. La indicación fue inducción fallida. En el protocolo quirúrgico de esa intervención figura que se comprobó que la cavidad uterina quedó vacía, íntegra, y que la placenta fue revisada para comprobar su integridad.

CONTESTACIÓN AL PUNTO SEGUNDO: Si como dice la demandante, se estropeó el aspirador, éste sería repuesto con la prestancia que caracteriza al personal auxiliar de

quirófano cuya profesionalidad quiero testimoniar desde aquí. La expresión "saliendo parte del equipo a buscar otro" parece que lleva implícito el mensaje de que alguien abandonó su puesto. Afirmo que nadie abandonó el campo quirúrgico en ningún momento.

CONTESTACIÓN AL PUNTO TERCERO: La demandante afirma que desde el primer día padeció fiebre. La gráfica de temperatura de los días que permaneció ingresada, no confirma esa circunstancia, permaneciendo apirética todos ellos. Más aún: cuando consulta en el Servicio de Urgencias de Torre Pacheco, el médico que la atiende escribe: "Cesárea hace 7 días. Desde hace 3 días con fiebre vespertina... ". Esto es lógicamente lo que la demandante le manifestó. Luego no es desde el primer día de la cesárea como ella afirma.

CONTESTACIÓN AL PUNTO CUARTO: Tal como ella le manifestó al médico de Urgencias de Torre Pacheco, y este escribe, se trata de "fiebre vespertina". Ella dice en el punto cuarto que causó alta el 24 de abril a pesar de la fiebre. Si el 27 era el tercer día de fiebre y era vespertina, y como las altas son por la mañana, el día del alta no tenía fiebre. Más aún: El alta es por mejoría y no por curación. Cuando ocurre esto, le decimos a las enfermas que si estando en casa no se encuentran bien, que acudan a las puertas de urgencia del Hospital pues siempre hay un ginecólogo de guardia y además disponemos de su historia clínica. Ella hizo caso omiso a esta recomendación.

CONTESTACIÓN AL PUNTO QUINTO: A pesar de que según dice, el día 26 (48 horas tras el alta), se encontraba peor, prefiere volver al Servicio de Urgencias de Torre Pacheco donde no es valorada por un especialista en Obstetricia y Ginecología. Acude el mismo día al Hospital maternal de la Arrixaca donde especialistas en Obstetricia Y Ginecología, diagnostican Endometritis Puerperal Postquirúrgica que no fue posteriormente confirmada y donde no confirman la existencia de restos placentarios intrauterinos.

CONTESTACIÓN AL PUNTO SEXTO: El diagnóstico definitivo se realizó en el Hospital Los Arcos por ginecólogos de nuestro servicio y fue Absceso de pared Abdominal Subaponeurótico e Infección Urinaria. En la ecografía del 28-4-04 se afirma la ausencia de peritonismo y la restitución del tránsito intestinal en el postoperatorio de la cesárea, indican que la cavidad abdominal, no está infectada. La localización de un absceso de pared se situaría por encima del peritoneo, esto es lo que se diagnostica por ecografía en los Arcos y se ratifica después en el transcurso de la segunda intervención. Los síntomas fueron de aparición tardía tras el alta.

CONTESTACIÓN AL PUNTO SÉPTIMO: La afirmación en este punto de que "La no retirada en su totalidad de los restos de placenta con motivo de la cesárea que se..." es una afirmación falsa. Esta afirmación ni se produjo por ningún facultativo ni en ningún momento se pudo demostrar ni en la Arrixaca ni en el Hospital Los Arcos siendo curativo el tratamiento específico del Absceso de Pared Subaponeurótico y Supraperitoneal que se aplicó en el Hospital Los Arcos. "

B) Del Dr. J. M. R. G. en el que se manifiesta:

"El 24-4-2003 la visitó en planta 5 días después de habersele realizado una cesárea por rotura de membranas e inducción fallida, apreciando, según consta en hoja de evolución, que ha defecado y no ha presentado fiebre desde la intervención, por lo que le doy el alta. No se aprecian signos de infección de pared, como queda demostrado en el informe de Urgencias de C.S. Arrixaca de 26-4-03, donde se indica: "Herida quirúrgica con reacción inflamatoria puntual alrededor de cada agrafe.- Quito puntos. No colecciones subdérmicas. Así mismo, en Ecografía del 28-4-03 se indica la ausencia de restos placentarios,-causantes de ninguna endometritis, siendo solo entonces cuando se visualiza absceso de pared, complicación frecuente e inherente a cualquier intervención quirúrgica."

C) De la Dra. Ma. P. G. T., según el cual:

"El 19-4-2003 estaba de guardia localizada por lo que fui requerida para hacer una cesárea, mi

función es la de ser el ayudante, no recuerdo que hubiese algún incidente a destacar en la intervención. Los días 20 y 21 de abril de 2003 la visito en la planta, apreciándose según consta en la hoja de evolución que el postoperatorio inmediato estaba dentro de la normalidad y en ningún registro de enfermería consta que tuviese fiebre."

D) Del Dr. J. R. R. H., especialista en obstetricia y ginecología, en el que se afirma:

"Atendí a la Sra. Da Ma M. S. A. el día 28 de abril de 2004, encontrándome de guardia en el Hospital Los Arcos, tras ser diagnosticada de un absceso de pared consecutivo a una laparotomía por cesárea, por lo que indiqué su drenaje. Al abrir la herida en el quirófano se puso en evidencia una gran colección purulenta situada por debajo de la vaina de los rectos que se drenó y lavó con suero fisiológico. Ante la eventual contaminación de la cavidad peritoneal, bien previa bien secundaria al drenaje del absceso, se optó por proceder a la apertura y lavado de la cavidad. Finalmente se dejaron dos sistemas de drenaje, uno aspirativo tipo Redon en el plano subaponeurótico y otro por decúbito tipo Jackson-Pratt en la cavidad peritoneal, prescribiéndose además un tratamiento antibiótico parenteral de amplio espectro. Días después tras comprobar el escaso débito de los sistemas de drenaje se procede a su retirada; el drenaje de Redon sale sin dificultad mientras que el de Jackson-Pratt se parte quedando el extremo más distal dentro de la herida. Encontrándome de nuevo de guardia en el Hospital Los Arcos, procedo a pasar a la Sra. Da Ma M. S. A. a quirófano para la extracción del extremo del drenaje roto. A tal efecto se infiltró la herida con un anestésico local para, a continuación, abrirla y encontrar el extremo del drenaje libre en el tejido celular subcutáneo. La buena evolución del cuadro que siguió al drenaje del absceso indica casi con total certeza que era este y no otro el origen de la clínica de la paciente. El hecho de que la herida fuera normal a la inspección se justifica por estar la colección purulenta localizada muy profunda en el espesor de la pared abdominal, sin llegar a afectar, por tanto, los estratos más superficiales". Por su parte, el Hospital Virgen de la Arrixaca hace llegar a la instructora la hoja de asistencia a la reclamante, llevada a cabo el día 26 de abril de 2004, en la puerta de urgencia de dicho centro hospitalario, en la que la facultativa que efectuó la asistencia concluye que aquella presentaba una endometritis puerperal posquirúrgica.

CUARTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica, y tras valorar todo el expediente, concluye que:

1. La gráfica de temperatura del ingreso por cesárea no confirma aumento de temperatura durante el postoperatorio, permaneciendo apirética hasta el momento del alta.
2. Según el protocolo quirúrgico, se revisó la cavidad uterina y la integridad de la placenta que se extrajo.
3. La presunta evaluación de endometritis puerperal posquirúrgica no se confirmó posteriormente.
4. La infección por un absceso en la pared abdominal, determinó una nueva intervención.
5. El tratamiento de la complicación surgida se demostró eficaz, sin que haya evidencia de secuela alguna.
6. La atención prestada a la paciente por los servicios públicos sanitarios intra y extrahospitalarios se ajustó a las normas de la *lex artis*.

QUINTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, la reclamante presenta alegaciones para ratificar su reclamación, dando por reproducida la totalidad de la prueba documental que, en su momento, se acompañó a dicha reclamación.

Por su parte la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud aporta Dictamen médico que, tras valorar la documentación obrante en el expediente, concluye:

"1. La evolución puerperal fue normal en los días de ingreso después de la cesárea, no apareciendo ningún signo de alarma hasta el momento del alta.

2. Los controles efectuados tras la cesárea fueron correctos y ajustados al protocolo de la SEGO de seguimiento puerperal.
3. El alta al quinto día de puerperio fue por mejoría, ajustándose a los criterios propuestos por la SEGO para efectuarla:
- Ausencia de fiebre las 48 horas anteriores.
 - Micción y defecación normales.
 - Ausencia de sintomatología fuera de la propia del puerperio normal.
 - Exploración.
 - Informe de Alta.
4. La aparición de la fiebre se produce el día del alta, pero como consta en los informes de asistencia en el Centro de Salud de Torre Pacheco es vespertina, iniciándose, por tanto, después del alta.
5. La persistencia de la fiebre junto con la sintomatología acompañante llevan a un diagnóstico inicial de presunción de Endometritis, para el cual se aplican los remedios terapéuticos adecuados.
6. El diagnóstico definitivo se produce ante la falta de respuesta al tratamiento médico y el hallazgo ecográfico de un absceso en la pared abdominal así como la ausencia de restos en la cavidad uterina. No se produjo por tanto la retención de restos placentarios tras la cesárea.
7. La resolución del proceso tras el tratamiento quirúrgico del absceso corrobora tal afirmación.
8. Consideramos por tanto que el seguimiento y tratamiento de las complicaciones surgidas tras la cesárea, ha sido correcto y ajustado a la Lex Artis."
- Este Dictamen se remitió a la reclamante a efectos de que formulase las alegaciones que estimase oportunas, lo que no efectuó.
- SEXTO.-** El 19 de mayo de 2005 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al entender que en ella no concurren los elementos generadores de la responsabilidad patrimonial, en especial el nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.
- En tal estado de tramitación y tras unir los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada en el Consejo Jurídico el pasado 31 de mayo de 2005.
- A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

El Dictamen ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de indemnización, según preceptúa el artículo 12.2 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

La reclamación fue interpuesta por la propia paciente, es decir por quien sufrió el daño que se imputa al funcionamiento del servicio público, lo que le otorga legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 en relación con el 31, ambos de la Ley 30/1992, de 26 de

noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En cuanto a la legitimación pasiva, tampoco suscita duda que la actuación a la que la reclamante imputa el daño que dice haber sufrido acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional

La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar.

Finalmente, en lo que respecta a la sustanciación del procedimiento, se observa que solicitada por la interesada la práctica de prueba testifical, consistente en declaración de la compañera de habitación en el Hospital y de sus familiares, ha sido rechazada en la propuesta de resolución.

La dicción literal del artículo 80.3 LPAC exige que las pruebas propuestas se rechacen mediante resolución motivada que, desde luego, debe ser previa y distinta de la propuesta de resolución, en la que la Administración debe pronunciarse exclusivamente sobre la resolución a adoptar, pero no sobre la práctica o no de una fase integrante del procedimiento.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "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". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta,

por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1^a de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Para la interesada, el daño (necesidad de someterse a una segunda intervención) sería imputable a la mala praxis médica de los facultativos que le efectuaron la cesárea, al haberle dejado restos placentarios que le produjeron en primer lugar altas temperaturas, a pesar de lo cual fue dada de alta, y, posteriormente, una endometritis puerperal.

La antijuridicidad del daño y el nexo causal entre éste y el funcionamiento de los servicios públicos vendrían determinados por el hecho de haber dejado, tras la intervención de cesárea, restos placentarios y no haber atendido debidamente la sintomatología febril que se produjo, según la reclamante, desde el primer día tras la operación, cuestión que aparece íntimamente ligada a la "*lex artis*". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predictable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) (ello) supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

Es decir, la imputación del daño al servicio público se objetiva así como omisión de medios, pues considera la interesada que de haber procedido a retirar en su totalidad los restos

placentarios, se habrían evitado las posteriores complicaciones que padeció, las cuales desembocaron en la necesidad de una nueva intervención quirúrgica. La determinación de si tal afirmación se produjo o no, y si la posible existencia de dichos restos placentarios fue la causa de la infección que sufrió la paciente la cual obligó a efectuar una nueva operación, se convierte en cuestión nuclear del problema, en orden a calificar el daño sufrido como antijurídico y para poder dilucidar si existe o no nexo causal entre aquél y la actuación omisiva de la Administración.

Para alcanzar dicha conclusión es necesario un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, resultaba trascendental la aportación de un informe pericial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo en sentencia de su Sala de lo Contencioso Administrativo de 1 de marzo de 1999-. Ante la ausencia en el procedimiento de informes periciales médicos, no existe, siquiera sea indiciariamente, elemento probatorio alguno que acredite una mala praxis médica, siendo insuficiente a tal efecto la constatación en el expediente de la efectividad de la infección y de la intervención, pues si bien ello permite considerar acreditado el daño, no prueba que éste derive de las asistencia prestada.

Y es que, ante la pasividad probatoria de la reclamante, las únicas valoraciones técnicas de la asistencia prestada por los facultativos vienen constituidas por el informe de la Inspección Sanitaria (folios 140 a 144) y el dictamen médico aportado por la compañía de seguros (folios 159 a 168). Según el primero, en los registros de evolución de su estancia en el hospital no hay constancia de que la paciente presentase fiebre en el postoperatorio, permaneciendo apirética hasta el momento del alta hospitalaria por mejoría, y si bien es cierto que se sospechó que la interesada padeciese una endometritis puerperal posquirúrgica, tal apreciación no se confirmó, quedando claramente establecido el diagnóstico el día 28 de abril cuando, tras un nuevo estudio ecográfico, pudo constatarse un absceso de pared abdominal, que fue debidamente drenado. Finalmente, la paciente, tras ser sometida a un tratamiento específico para este tipo de dolencia, obtuvo el alta hospitalaria el día 3 de mayo, sin que haya constancia de secuela alguna. Concluye el informe afirmando la ausencia de relación causal entre las dolencias de la paciente y el acto médico objeto de la reclamación, durante el cual se siguieron los dictados de la *lex artis*.

El informe aportado por la aseguradora tampoco aprecia mala praxis médica. Indica, al igual que la Inspección, que en el período de hospitalización postparto no existe constancia alguna sobre la existencia de fiebre. Este estado apirético de la paciente, unido a las demás circunstancias que se recogen en el protocolo de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) como adecuadas para proceder al alta hospitalaria tras una intervención de cesárea, evidencia que dar dicha alta no fue constitutivo de mala praxis médica. En cuanto a la posible endometritis puerperal por no haber retirado en su totalidad los restos placentarios, afirma el dictamen de la aseguradora que constituye la causa más común de fiebre puerperal, de ahí que cuando ésta aparece en la paciente se sospeche de la presencia de tal endometritis, pero al no evolucionar positivamente al tratamiento específico que según los protocolos médicos ha de seguirse, debe sospecharse otras causas entre las que se encuentra la infección de la pared abdominal que se origina por contaminación de la flora cutánea o por diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Tras analizar los datos de la historia clínica sobre el segundo ingreso hospitalario, concluye que "*el tratamiento efectuado en este caso una vez diagnosticado el absceso de pared fue el*

correcto y acorde con el protocolo asistencia de la SEGO descrito anteriormente. Corroborado por la resolución del proceso tras su aplicación. La ausencia de signos clínicos externos de infección de pared podría justificarse por la situación profunda del absceso, por debajo de la aponeurosis del recto (subaponeurótico)".

Frente al juicio técnico contenido en los referidos informes, y a pesar del limitado valor probatorio que ha de otorgarse al informe pericial de la compañía aseguradora, no pueden gozar de eficacia enervante las manifestaciones vertidas por la actora, que no dejan de ser meras afirmaciones de parte realizadas por quien carece de la cualificación científica necesaria para enjuiciar cualquier proceso médico. Correspondiendo a la interesada la carga de la prueba, según la distribución que de ella hace la LEC (artículo 217), y no habiendo logrado probar a través de la aportación de los medios adecuados la existencia de una omisión del tratamiento exigido por la ciencia médica, o la aplicación de uno inadecuado, no cabe entender acreditados ni la existencia de nexo causal entre las dolencias de la paciente y el funcionamiento del servicio sanitario público, ni el carácter antijurídico de dicho daño, procediendo en consecuencia confirmar la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se informa favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración y, por tanto, no procede entrar a valorar la indemnización solicitada.

No obstante, V.E. resolverá.