Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 2 2 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 14 de abril de 2026.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 76/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por daños que se dicen producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen es preceptiva, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), porque la interesada reclama en concepto de indemnización 345.000,00 euros (285.000,00 euros por los daños físicos y 60.000,00 euros por daños morales). Está legitimada para solicitarlo la señora Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, según el art. 12.3 LCCC.

3. Para el análisis de la Propuesta de Resolución formulada son de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

4. La competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el SCS, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delegó en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el SCS.

6. Se cumple el requisito de legitimación activa, teniendo la afectada la condición de interesada al haber sufrido el daño por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP].

La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, mediante el SCS.

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP). En este caso, la reclamación formulada por la representante de la interesada tuvo entrada en el SCS el día 26 de diciembre de 2022, con respecto a un daño producido el día 27 de diciembre de 2021, sin perjuicio de la posterior determinación del alcance de su lesión.

8. Se ha sobrepasado largamente el plazo máximo para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP), sin que conste ninguna justificación de la demora; sin embargo, aun expirado el plazo y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, para la Administración pesa el deber de resolver expresamente y subsiste la facultad de hacerlo (art. 21.1 y 6 LPACAP).

II

1. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, en el escrito de reclamación se narra y alega lo siguiente:

« (...) PRIMERO.- El 26-12-2021 a las 23 h la Sra. (...) ingresó en el Hospital Universitario de Canarias, en La Laguna, Santa Cruz de Tenerife (en adelante, el Hospital) por encontrarse en pródromos de parto del que iba a ser su primer hijo.

SEGUNDO.- Alcanzada la dilatación completa a las 6 de la madrugada del 27-12-2021, el nacimiento se produce a las 10:12 h tras un intento de extracción con ventosa y luego fórceps y episiotomía. En ningún momento se informó a la Sra. (...) de la indicación, beneficios,

riesgos y alternativas a la extracción instrumental y la práctica de una episiotomía, ni se pidió su consentimiento.

TERCERO.- Esas actuaciones le provocaron un desgarro de IV grado, es decir, con lesión del esfínter anal y la mucosa rectal. Con una pérdida de sangre importante, mucho dolor y debilidad extrema, no pudo levantarse y tuvo dificultades para amamantar al recién nacido. Recibió el alta el 29-12-2021 con remisión a consulta de suelo pélvico. Se acompaña informe de alta del Servicio de obstetricia del Hospital como DOCUMENTO 1.

CUARTO.- A los dos días de recibir el alta acudió a consulta al notar que la compresa estaba teñida con heces apreciándose la existencia de una fístula recto vaginal. Actualmente padece incontinencia fecal, dolor en las relaciones sexuales coitales e intensa alteración del estado de ánimo que ha requerido tratamiento con Sertralina y Lorazepan. Está en lista de espera para la reparación de la fístula recto-vaginal. Se acompañan como CUERPO DOCUMENTAL 2 informes de interconsulta, receta electrónica e informe clínico del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital.

QUINTO.- Las lesiones que sufre la Sra. (...) son el resultado de mala praxis obstétrica tanto desde el punto de vista clínico como de los derechos de los pacientes y usuarios a la información y al consentimiento. Impiden a la Sra. (...) llevar una vida normal y afectan a su vida personal, familiar, social y laboral, situación que no tenía obligación de soportar».

2. Además, sobre los antecedentes de hecho, en el informe emitido por el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) de la Secretaría General del SCS el día 27 de noviembre de 2025, se manifiesta lo siguiente:

«1.- Con fecha 23 de junio de 2021, a las 10:01 horas, (...) fue valorada en el Centro de Salud de Garachico (Área de Salud de Tenerife), donde se emitió interconsulta al Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias (HUC). En el informe constaba que se trataba de una "gestante obtenida mediante fecundación in vitro con donación de óvulo, diagnosticada de fallo ovárico precoz". Se indicaron controles de embarazo de riesgo medio, promoción de hábitos saludables y prevención de caídas, tal y como se suele hacer en estos casos.

2.- Con fecha 26 de diciembre de 2021, a las 23:00 horas, la paciente fue ingresada en el Servicio de Obstetricia del HUC por presentar pródromos de parto de su primera gestación. El ingreso se realizó con vigilancia fetal continua, iniciándose el proceso de dilatación con analgesia epidural y "amniorrexis artificial a las 02:50". El líquido amniótico fue descrito como "+ (teñido)". El tiempo transcurrido y el aspecto del líquido amniótico, ya esto nos permite inferir que ha pasado tiempo considerable desde que se inició el trabajo de parto.

3.- Con fecha 27 de diciembre de 2021, a las 06:07 horas, la paciente alcanzó la dilatación completa, manteniéndose la vigilancia obstétrica y cardiotocográfica. Se objetivó

"hipertonía uterina con desaceleraciones variables que cedieron con medidas y tocolítico", manteniéndose el registro fetal "normal".

Posteriormente, se constató expulsivo prolongado, motivo por el cual se indicó la asistencia instrumental conforme al protocolo de parto distócico.

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) "Se considera expulsivo prolongado cuando la segunda etapa del parto, desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal, supera los 120 minutos en primíparas o los 60 minutos en multíparas.

4.- El mismo 27 de diciembre de 2021, a las 10:12 horas, se asistió el parto mediante extracción instrumental, realizándose intento inicial con ventosa sin resultado y, posteriormente, aplicación de fórceps, previa episiotomía medio-lateral derecha.

Durante la fase expulsiva se constató "expulsivo prolongado con caput fetal +++ y descenso en III plano de Hodge", lo que justificó la indicación de parto instrumental conforme a los criterios de la SEGO para presentaciones bajas y expulsivo prolongado.

El recién nacido presentó "peso 2.780 g, Apgar 9/9 y bandolera de cordón", lo que habla de la buena salud del neonato, sin otras incidencias. Durante la extracción se produjo un "desgarro perineal de IV grado con afectación del esfínter anal y de la mucosa rectal".

El desgarro fue reparado inmediatamente en paritorio, bajo control obstétrico y anestésico, con técnica anatómica por planos, sin incidencias intraoperatorias. Según consta en el informe especializado del Servicio de Obstetricia del HUC, la paciente fue "informada verbalmente de las actuaciones que se llevarían a cabo (uso de instrumental y episiotomía) en el contexto de urgencia obstétrica".

5.- Tras la reparación del desgarro, se administró "cefazolina 2 g EV en paritorio" e inició tratamiento antibiótico profiláctico con "cefuroxima y metronidazol durante 10 días", además de laxantes y medidas higiénico-dietéticas. La paciente fue controlada en planta de puerperio, presentando "periné limpio y sin signos de infección" y "buena evolución inicial".

6.- Con fecha 29 de diciembre de 2021, fue emitido el informe de alta hospitalaria del Servicio de Obstetricia del HUC, donde se hizo constar: "Posparto inmediato tras parto vaginal instrumentado. Desgarro perineal grado IV suturado sin incidencias. Revisión en consulta de suelo pélvico." Se indicó control ambulatorio y seguimiento por matrona.

7.- Con fecha 14 de enero de 2022, a las 14:10 horas, la paciente fue revisada en consulta de Ginecología del HUC por referir emisión de heces a través de la vagina al cabo de 10–15 minutos tras la defecación.

En la exploración se describió "vagina posterior cicatricial, leucorrea sero-sanguinolenta no fétida, esfínter con buen tono y longitud; pequeño orificio próximo al esfínter que podría corresponder a trayecto fistuloso". Se realizó interconsulta a Coloproctología para valoración especializada.

8.- Con fecha 17 de febrero de 2022, a las 09:52 horas, fue evaluada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva del HUC, donde refirió persistencia de emisión de heces y gases por vagina.

En la exploración se objetivó "cicatriz de episiotomía prácticamente cerrada, ano normotónico; defecto palpable del tabique rectovaginal inmediatamente superior al complejo esfinteriano". Se indicó tratamiento conservador con "Proctoial®, Duphalac® y medidas higiénico-dietéticas", con revisión en un mes, bajo sospecha de "fístula rectovaginal".

9.- Con fecha 21 de abril de 2022, a las 13:06 horas, fue revisada nuevamente por Cirugía General y Digestiva, confirmándose el diagnóstico de "fístula rectovaginal baja, con defecto de pequeño tamaño, por encima del anillo anorrectal y con buen tono esfinteriano". Se explicó el procedimiento quirúrgico, se obtuvo el consentimiento informado y la paciente fue incluida en la lista de espera quirúrgica del HUC.

10.- Con fecha 14 de diciembre de 2023, ante la persistencia de la fístula y la repercusión emocional derivada del proceso postparto, la paciente fue valorada en su Centro de Salud por presentar "ansiedad, insomnio, labilidad emocional y astenia".

Se procedió a su derivación a Psicología de Atención Primaria, donde se estableció el diagnóstico de "trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta", iniciándose tratamiento con "Sertralina 100 mg, Lorazepam 1 mg y Trazodona 50 mg", junto con psicoterapia de apoyo y seguimiento por Salud Mental, constatándose buena adherencia y evolución favorable.

11.- Con fecha 30 de noviembre de 2023, se emitió parte de baja médica por incapacidad temporal debido a la persistencia de sintomatología derivada de la fístula rectovaginal y a la aparición de episodios neurológicos compatibles con "estatus de pequeño mal" y "crisis de ausencia".

En el parte médico constaban además antecedentes de "fístula anal", en el contexto de un proceso aún pendiente de resolución quirúrgica. La paciente permaneció en situación de incapacidad laboral durante todo el periodo preoperatorio y de recuperación, con seguimiento regular por su médico de Atención Primaria y coordinación con los servicios hospitalarios implicados.

12.- Con fecha 23 de febrero de 2024, la paciente fue finalmente intervenida quirúrgicamente por fístula rectovaginal en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario de Canarias. La cirugía de fistuloplastia por via perineal baja; se desarrolló sin incidencias intraoperatorias y el posoperatorio inmediato transcurrió de forma favorable, presentando la paciente "buena evolución clínica, con secreción serohemática leve y sin signos de infección".

Fue dada de alta con indicación de tratamiento tópico, medidas higiénico-dietéticas, analgesia pautada y revisión programada en consultas externas.

13.- Con fecha 7 de marzo de 2024, en revisión por su médico de familia, se constató "cicatrización adecuada con ligera secreción residual", sin signos de infección ni complicaciones locales. La paciente refirió "mejoría del ánimo y del sueño" tras el ajuste de su tratamiento psicofarmacológico con Trazodona, continuando además con Sertralina y Lorazepam según el esquema establecido por el Servicio de Salud Mental.

14.- Con fecha 4 de abril de 2024, fue revisada por el Servicio de Cirugía General y Digestiva, donde se describió "persistencia de fístula de menor tamaño" y se indicó la continuación del tratamiento tópico local, programándose nueva revisión para el mes de julio de 2024. En dicha cita se valoraría la necesidad de una reintervención quirúrgica, en función de la evolución del trayecto fistuloso y del estado del tejido perineal.

15.- Con fecha 19 de junio de 2025, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) emitió resolución de alta médica, concluyendo la incapacidad temporal con diagnóstico de "fístula y fisura anal corregida" y "trastorno por estrés postraumático y crisis de ausencia estabilizadas". El informe final reflejaba la recuperación funcional del área afectada y la estabilidad del cuadro emocional bajo tratamiento y supervisión continuada.

16.- A la fecha de cierre del presente informe, (...) continúa en seguimiento por Cirugía General y Digestiva y por Salud Mental. En su última valoración en Atención Primaria, la paciente refirió persistencia de insomnio y sintomatología genital leve, compatible con molestias residuales en la zona perineal, sin signos de infección ni alteraciones funcionales relevantes. Se mantiene el tratamiento farmacológico y el apoyo psicológico, constatándose evolución estable, buena adherencia terapéutica y control clínico adecuado».

III

Los principales trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial que constan practicados son los siguientes:

1. El expediente comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el día 26 de diciembre de 2021, como ya se dijo.

El día 5 de enero de 2021, se dictó la Resolución n.º 31/2023 de la Dirección General del SCS por la que se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

2. En cuanto a los informes obrantes en el expediente, se emitió el informe del SIP ya referido, y el informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)

3. Posteriormente, se acordó la apertura del periodo probatorio, no se propuso la práctica de prueba laguna, si bien la interesada aportó informe médico-pericial.

Después, se otorgó el trámite de vista y audiencia a la interesada, no formulando alegaciones.

4. Tras la correspondiente tramitación procedimental, se formuló Propuesta de Resolución, el día 24 de febrero de 2026.

En dicha Propuesta de Resolución se afirma acerca del informe de la Asesoría Jurídica Departamental que *«La Asesoría Jurídica Departamental, únicamente informará sobre cuestiones que no se hayan resuelto previamente conforme a lo dispuesto en el artículo 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias».*

IV

1. La regulación legal de la responsabilidad patrimonial y los hechos del caso

1.1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor entiende que no concurren los requisitos necesarios para atribuir responsabilidad patrimonial al SCS.

En la Propuesta de Resolución se concluye señalando que:

«.- El proceso asistencial se caracteriza por una atención médica adecuada, documentada y proporcionada, desarrollada conforme a la práctica clínica habitual y a los protocolos asistenciales que siguen las directrices recomendadas por las SEGO. No se evidencian deficiencias técnicas, omisiones de medios ni demoras asistenciales injustificadas.

.- La paciente fue informada verbalmente de los procedimientos previstos, dada la evolución del parto y la necesidad de intervención urgente. No hay indicios de falta deliberada de información.

.- El daño alegado se corresponde con una complicación inherente al parto vaginal instrumentado debido a factores propios de la paciente y del trabajo de parto, identificada, tratada y seguida de forma adecuada según los estándares clínicos y organizativos vigentes.

.- Se constata una correcta continuidad asistencial, con participación coordinada de los servicios de Obstetricia, Ginecología, Cirugía General, Atención Primaria y Psicología, garantizándose la integralidad del abordaje».

1.2. Las reglas constitucionales, legales, jurisprudencias y doctrinales que rigen la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración pública son conocidas y han sido repetidamente aplicadas y expuestas en los pronunciamientos

de este Consejo. Así, por ejemplo, en el Dictamen 265/2025, de 17 de junio, entre otros muchos, se ha manifestado con carácter general acerca de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario derivada del art. 106 de la Constitución y, con arreglo a sus mandatos, del art. 32 LRJSP, lo siguiente:

«La jurisprudencia ha precisado (entre otras STS de 26 de marzo de 2012; STS de 13 de marzo de 2012; STS de 8 de febrero de 2012; STS de 23 de enero de 2012) que "para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

– La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

– Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa inmediata y exclusiva de causa efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

– [La]Ausencia de fuerza mayor.

– Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño"».

Y, en otras palabras, ha precisado además el mismo TS [Sentencia de 28 de marzo de 2007] que:

« (...) la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Es decir, entiende la jurisprudencia [STS de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008)] que

«« (...) el hecho de que la responsabilidad sea objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es

necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración».

En el mismo sentido, la STS de 11 de abril de 2014, declara:

"Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria"».

Y añade:

«Ha de tenerse en cuenta que no existe otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento».

La jurisprudencia y la doctrina transcritas serían enteramente aplicables al presente supuesto.

1.3. La interesada reclama por dos conceptos distintos, en primer lugar por considerar que los daños físicos y psíquicos sufridos por ella se deben a una actuación del SCS contraria a la *lex artis* por las razones expuestas en su reclamación, anteriormente reproducida y, en segundo lugar, por los daños morales que ella estima ocasionados por la ausencia de consentimiento informado.

1.4. En lo referente al primer motivo de reclamación, que se concreta en la lesión del esfínter anal y la posterior fístula recto-vaginal que padeció la interesada como secuela, la interesada presentó un informe médico-pericial en que se llega a las siguientes conclusiones (en el informe se observa un error en la numeración de las conclusiones, pasando de la segunda a la cuarta):

«Primera

El hecho de decidir un parto instrumental está justificado, porque se trataba de un periodo expulsivo prolongado, más de 4 horas en primíparas con anestesia epidural.

Segunda

Se utilizaron dos instrumentos, primero ventosa, que aunque no explican el motivo por el cual fue fallida la extracción (número de tracciones, derrapes, no descenso de la presentación o presentación por encima de III plano), lo que cierto es que a continuación se coloca fórceps consiguiéndose la extracción fetal previa episiotomía medio lateral derecha.

Cuarta

Resulta llamativo que no se consiguiera extracción fetal con ventosa, ya que se trataba de un feto pequeño (2780 gr), presentación favorable (OIA) y teóricamente en III plano. Ya que el feto presentaba un caput de +++ es probable que la presentación estuviera más alta de lo descrito.

Quinta

Según explica el profesional que atendió el parto mediante fórceps, al término del mismo se produce un desgarro de IV grado con un "ojal" en mucosa rectal de 0,5 cm y desgarro de esfínter anal externo de menos del 50%. También desgarro de ambas caras laterales de vagina y desgarro parauretral derecho. Se sutura mucosa rectal con puntos invertidos. Tal como se describen las lesiones vagino perineales, parece más bien un "estallido" vaginal.

Han podido ocurrir varias cosas: o bien la episiotomía no tenía un ángulo correcto y se prolongó hacia esfínter anal, y/o no se retiró el fórceps lo antes posible para permitir que el final del parto fuera espontáneo, lo que condiciona una gran distensión del periné en la expulsión de la cabeza y favorece desgarros.

Sexta

El desgarro rectal no se suturó correctamente. Si se hubiera reparado adecuadamente no tendría por qué haberse producido una dehiscencia de la sutura rectal que provocase la fístula recto vaginal.

Séptima

Llama la atención que después de un año del parto no se haya reparado la fístula recto-vaginal, lo que supone un fallo asistencial y compromete el éxito de la reparación».

1.5. El informe del SIP, con base en el informe del Servicio de Obstetricia, analiza la actuación del personal sanitario producida en este caso y contesta al informe médico-pericial:

«1.- El registro clínico documenta un expulsivo de aproximadamente cuatro horas de duración (desde las 06:07 h hasta las 10:12 h del 27/12/2021), lo que, conforme a los

criterios de la SEGO, se clasifica como expulsivo prolongado. Esta circunstancia justificó la indicación de parto instrumental, ya que es una indicación reconocida. En este caso con ventosa y posteriormente fórceps, para favorecer la finalización del parto y prevenir sufrimiento fetal.

(...)

4.- El desgarro perineal de IV grado que presentó la paciente constituye una complicación obstétrica grave pero conocida, con una incidencia descrita entre el 0,5 % y el 5 % de los partos instrumentados, incluso en condiciones asistenciales óptimas. Se trata de una complicación infrecuente, descrita en menos del 1 % de los partos instrumentados, que puede producirse pese a la correcta técnica de instrumentalización y a la realización de episiotomía protectora.

El desgarro fue diagnosticado y reparado correctamente en el mismo acto obstétrico, mediante sutura anatómica en planos con control hemostático y tratamiento antibiótico posterior. El dolor y la inflamación posparto descritos son manifestaciones fisiológicas esperables, que fueron valoradas y tratadas con analgesia conforme a la práctica médica habitual.

5.- La posterior aparición de una fístula rectovaginal constituye una complicación tardía y conocida del desgarro perineal de IV grado, descrita incluso tras reparaciones correctamente ejecutadas. La paciente fue evaluada precozmente por los servicios de Ginecología y Cirugía General y Digestiva, instaurándose inicialmente un manejo conservador y, posteriormente, indicación quirúrgica electiva, previa información y obtención del consentimiento informado.

La cirugía de reparación se programó de forma diferida con el fin de permitir la resolución de la inflamación local, la maduración tisular y asegurar la viabilidad de la intervención.

Este planteamiento clínico se ajusta a las recomendaciones recogidas en la literatura especializada, que señalan que la reparación de fístulas rectovaginales tras lesiones obstétricas debe realizarse una vez controlada la infección o inflamación y cuando el tejido se encuentre adecuadamente cicatrizado y sin edema, generalmente tras un intervalo de entre 3 y 6 meses o más, según la evolución del caso.

Por tanto, la programación quirúrgica diferida no constituye una demora asistencial, sino una decisión médica deliberada y justificada, orientada a optimizar el resultado funcional y reducir el riesgo de recurrencia o fracaso de la reparación.

6. Se constata una correcta continuidad asistencial, con participación coordinada de los servicios de Obstetricia, Ginecología, Cirugía General, Atención Primaria y Psicología, garantizándose la integralidad del abordaje.

Tras el parto y la persistencia de la fístula, la paciente presentó sintomatología emocional significativa en el contexto del puerperio, con ánimo bajo, ansiedad, insomnio y labilidad afectiva, que fue detectada en el ámbito de Atención Primaria.

Fue derivada oportunamente a Psicología y Salud Mental, donde se estableció el diagnóstico de "trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta", instaurándose tratamiento farmacológico con Sertralina, Lorazepam y Trazodona, junto con psicoterapia de apoyo individual.

Esta actuación refleja una detección precoz de la afectación psicoemocional postparto y un seguimiento integral y continuado, con buena adherencia terapéutica y evolución favorable.

La literatura médica respalda la necesidad de vigilancia psicológica en el puerperio, dado que las complicaciones obstétricas aumentan la vulnerabilidad emocional y justifican la intervención temprana.

7.- En cuanto a las afirmaciones del informe pericial aportado por la parte reclamante, procede precisar:

7.1- En relación con la no extracción con ventosa, la historia clínica documenta un expulsivo prolongado con caput fetal +++, lo que dificultó el descenso y explica el fallo de la ventosa. En tal contexto, la conversión a fórceps fue la decisión adecuada según los criterios de la SEGO.

7.2- Respecto al supuesto "estallido" vaginal, el registro operatorio describe una episiotomía medio-lateral correctamente practicada y un desgarro secundario a la distensión tisular extrema, no atribuible a error técnico. Las lesiones fueron identificadas y reparadas inmediatamente.

7.3- En cuanto a la reparación del desgarro rectal, consta sutura en planos anatómicos con puntos invertidos y tratamiento antibiótico, sin incidencias iniciales. La aparición posterior de la fístula no implica fallo técnico, sino una complicación posible descrita en la literatura médica.

8.- La fístula rectovaginal se interpreta como una complicación tardía del proceso inflamatorio derivado del desgarro perineal, probablemente relacionada con una dehiscencia parcial de la sutura rectal. Este fenómeno puede originarse por factores locales, como: edema, infección o compromiso vascular del tejido. Más que por un defecto técnico en la reparación inicial.

9.- La intervención correctiva realizada el 23 de febrero de 2024 evolucionó favorablemente, con buena cicatrización y sin complicaciones infecciosas. En revisiones posteriores se constató una fístula residual de pequeño tamaño en reducción progresiva, con seguimiento programado y posible reintervención si persistía.

10.- En junio de 2025 el INSS emitió alta médica tras resolución funcional de la fístula y estabilización del cuadro psicológico, sin secuelas incapacitantes. La paciente continúa en seguimiento por Cirugía General y Salud Mental, en situación estable.

11.- En conjunto, el proceso asistencial se caracteriza por una atención médica adecuada, documentada y proporcionada, desarrollada conforme a la práctica clínica habitual y a los protocolos asistenciales del Hospital Universitario de Canarias que siguen las directrices recomendadas por las SEGO. No se evidencian deficiencias técnicas, omisiones de medios ni demoras asistenciales injustificadas.

El daño alegado se corresponde con una complicación inherente al parto vaginal instrumentado debido a factores propios de la paciente y del trabajo de parto, identificada, tratada y seguida de forma adecuada según los estándares clínicos y organizativos vigentes.

Por todo lo expuesto, este Servicio de Inspección y Prestaciones emite informe desfavorable a la reclamación presentada».

1.6. Además, de ello en el informe del Servicio se alega sobre la lesión sufrida por la interesada en el parto que *«La lesión de la mucosa rectal es una complicación infrecuente en la práctica de una extracción instrumental, aunque también puede producirse en un parto vaginal no instrumentado. En este caso se produce una lesión menor de 1 cm que es correctamente diagnosticada y repara según técnica habitual.*

La lesión esfinteriana con afectación de menos del 50% de las fibras, también fue correctamente diagnosticada y reparada.

(...)

La correcta reparación de una lesión del periné minimiza la posibilidad de complicación tardía, pero aunque la técnica sea correcta, existen otros factores que pueden lugar a una complicación tardía, tales como la obesidad, la debilidad previa del tabique retrovaginal, las posibles infecciones asociadas y una incorrecta adhesión al tratamiento pautado (antibiótico + laxantes). En este caso, la reparación de la lesión la realizó el obstetra con experiencia en estas técnicas, siguiendo estrictamente el protocolo del servicio.

La literatura recoge que existe un porcentaje de complicaciones asociadas al parto vaginal, entre ellas las lesiones del suelo pélvico, OASI. (...)

No existen recomendaciones específicas para prevenir la OASI durante un parte vaginal simple. (...)

En este caso, la actuación obstétrica fue realizada por personal médico cualificado para realizar dicha técnica con observación estricta del protocolo vigente en nuestro Servicio para la práctica de dicha actuación. Previo consentimiento informado verbal tal y como está establecido en el servicio en estos casos y en ningún momento existe omisión de la atención,

innacción, descuido, acción inadecuado o insuficiente. La complicación (lesión del suelo pélvico) fue diagnosticada in situ y correctamente reparada en ese momento».

1.7. En cuanto al daño moral derivado de la falta de consentimiento informado, que reclama la interesada, se ha de tener en cuenta lo que señala el SIP:

«2.- En relación con el consentimiento informado, consta en el informe del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias que la paciente fue informada verbalmente de los procedimientos previstos, incluyendo la instrumentalización y la episiotomía, dada la evolución del parto y la necesidad de intervención urgente.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha señalado que, en situaciones de urgencia o riesgo vital, la falta de consentimiento escrito no implica por sí misma infracción del deber de información, siempre que se acredite que la actuación médica fue proporcionada, necesaria y ajustada al interés terapéutico inmediato del paciente. El consentimiento verbal resulta válido en situaciones de urgencia obstétrica, conforme a la Ley 41/2002, de autonomía del paciente.

3.- No consta en la documentación aportada que el Hospital Universitario de Canarias utilice un formulario de consentimiento escrito específico para la maniobra de parto instrumental (ventosa o fórceps).

La Guía SEGO de atención al parto eutócico y distócico (2020) prevé que "en situaciones de urgencia o riesgo materno-fetal, la información se proporcione de forma verbal y se documente posteriormente en la historia clínica", lo que coincide con lo actuado.

En consecuencia, no hay indicios de falta deliberada de información».

2. Procedencia legal de completar el expediente

Teniendo en cuenta lo anterior y examinado todo ello y todo el expediente, con atención particular al objeto de la reclamación, el Consejo estima que no cabe considerar completo el expediente, y que por ello procede su retroacción para complementarlo con los informes que puedan obtenerse sobre una de las cuestiones que sustentan la reclamación inicial, y que se refiere a la información facilitada a la interesada y a su conformidad con la práctica instrumental del parto.

Se entiende que es jurídicamente fundado y necesario hacerlo para cumplir las exigencias legales de exhaustividad y congruencia.

Como hemos argumentado en ocasiones similares, es preciso «para cumplir los mandatos legales que regulan el contenido del expediente y la información que ha de proporcionarse a este órgano consultivo, retrotraer el expediente y recabar e incorporar nuevos informes que aclaren y complementen los anteriores».

En el caso presente, como en otros anteriores de distintas materias, ello *«resulta imprescindible para que la resolución pueda decidir -con el fundamento debido, con exhaustividad y congruencia- sobre todas las cuestiones planteadas en el expediente por los interesados o derivadas del procedimiento (LPACAP, Art. 80), (...) obtener no solo los informes preceptivos sino también los necesarios para resolver, cuya conveniencia resulta de la necesidad de esclarecimiento y de ilustración, al instructor y al propio Consejo [LPCAP, Art. 79 y Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias, Decreto 181/2005, de 26 de julio, Art. 53]».*

La información complementaria que se entiende precisa ha de obtenerse sobre la alegación de que no se dio información suficiente a la interesada y que no tuvo ocasión de expresar su consentimiento sobre las actuaciones del parto instrumental y sobre la episiotomía que le fue practicada.

Según la reclamante, *« (...) en ningún momento se (...) informó a la [reclamante] de la indicación, beneficios, riesgos y alternativas a la extracción instrumental y la práctica de una episiotomía, ni se pidió su consentimiento».*

Frente a esta afirmación, en la Propuesta de Resolución se concluye (FD CUARTO, f 436] que *«[la] paciente fue informada verbalmente de los procedimientos previstos, dada la evolución del parto y la necesidad de intervención urgente. No hay indicios de falta deliberada de información».*

Debe decirse enseguida que el Consejo no rechaza la corrección y admisibilidad del consentimiento verbal cuando se ajusta a las prescripciones legales, y no es insólito que se haya pronunciado así en sus dictámenes.

En general, cuando se ha producido su admisión o aceptación como forma de satisfacción o respeto y de ejercicio de la autonomía y los demás derechos del paciente ordenados en la Ley 41/2002, suele haber en el expediente -además de la referencia a la obtención verbal del consentimiento informado- alguna otra noticia indirecta de ello, incluso a veces documental, mediante manifestaciones de otros intervinientes o mediante constancia en los antecedentes clínicos del paciente que constituyen una suerte de indicio o de rastro confirmatorio de la información del propio profesional. (Así, por ejemplo, en el muy cercano DCC 63/2006, de 3 de marzo).

Ello conduce a que deba extremarse el esfuerzo de averiguación sobre este punto pues, además y como es bien sabido, es muy dificultoso el establecimiento de una regla general sobre el modo y forma en que debe obtenerse el consentimiento

informado en el particular caso del parto, cuando se presenta la posibilidad de que haya de conducirse de forma instrumental, mediante uso de fórceps o ventosas o mediante cesárea y cuando -generalmente para el uso adecuado de la instrumentación- haya de practicarse una episiotomía.

Además, la evolución de la propia jurisprudencia hacia el casuismo y el análisis pormenorizado de las situaciones concretas hace aún más obligado que quien tenga que calificar jurídicamente un determinado proceso obstétrico necesite dotarse de la mayor y mejor información posible:

Por ejemplo, en la STS de 20 noviembre 2012 (Rec. 5637/2011) se sostuvo:

«Cierto es, en primer lugar, que el paciente debe ser en todo caso informado respecto al proceso médico que va a seguirse y cómo y en qué circunstancias se va a desarrollar para , de esta manera, poder conseguir no sólo el completo conocimiento de cada una de las etapas y situaciones en las que se va a encontrar sino también la máxima predisposición y colaboración a la consecución del resultado con la exteriorización de lo que conocemos como consentimiento informado. Y es que el embarazo y parto no se sustrae de la aplicación de los principios y previsiones contenidas en la Ley 41/2002, 14 de noviembre, pero lo cierto es que adquiere unas características especiales que lo configuran como un acto médico con singular naturaleza.

También, es cierto que las futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias en cómo se va a desarrollar el acto del alumbramiento pero no lo es menos que el mismo está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo en los mejores y mayores porcentajes posibles. Por ello, ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse en esos momentos y que han de determinar por parte de los profesionales médicos asistentes la posibilidad de adopción de las decisiones médicas adecuadas y acordes a los síntomas e indicios que se van produciendo».

Con perspectiva y argumentación que pueden parecer diferentes, en la STS 9/2026, de 13 de enero (Sala 1.ª, de lo Civil) 2026 se sostiene:

«No figura en el historial clínico aportado ningún plan de parto, ni ningún documento escrito de explicación de la asistencia al parto y sus riesgos inherentes, con la salvedad de la anestesia epidural. Tampoco consta ningún asiento relativo a que la actora se le hubiese suministrado, durante el proceso del parto, información verbal relativa a que era necesario practicar un parto instrumental, y bajo qué concretas técnicas de extracción y sus riesgos. No se le explicó la posibilidad de proseguir con un parto natural, al no haber transcurrido los plazos recomendados por la SEGO para las nulíparas con anestesia epidural».

[Circunstancia esta última que no concurre en el caso de este expediente, en el que habían transcurrido cuatro horas desde el inicio del llamado expulsivo].

Y continúa el TS, en la misma STS:

«Desde luego, pese a lo establecido en el art. 4.1 de la Ley 41/2002, no se dejó constancia en la historia clínica de la información dada sobre tales extremos, información que la demandante niega recibida, y que no demostraron haberla suministrado las facultativas que practicaron el parto, a pesar de que eran ellas las obligadas a prestarla. El art. 4.3 de la precitada disposición general impone dicha obligación, no solo al médico responsable sino también a "todos los profesionales que atiendan durante el proceso asistencial o apliquen una técnica o un procedimiento concreto"».

Por todo lo anterior se requiere esclarecer las circunstancias concretas en que se proporcionó información a la parturienta y en que se obtuvo su respuesta.

El Consejo ha visto la antes copiada expresión de la Propuesta de Resolución, que procede de otra expresión del SIP, que a su vez traslada el texto del informe del Servicio, aunque en este no hay, por cierto, o no se encuentra ninguna referencia a la información sobre la episiotomía. [f. 366]. Pero el Consejo no ha logrado o no ha sabido hallar ninguna referencia adicional al intercambio de información ni en la Historia Clínica, ni tampoco en los informes y notas clínicas ni en los documentos en soporte papel.

Con la misma finalidad y el mismo fundamento se estima preciso aclarar si en el caso de esta gestación y este parto se cumplimentó o no el *Plan de Parto*, que -en nuestra experiencia de casos similares- ha solido venir incluido en estos expedientes. En este documento, de existencia, formato, contenido y tramitación reglamentada por las autoridades y centros sanitarios, suele quedar constancia tanto de la información que se facilita a la gestante cuando aún lo es y también de sus preferencias o deseos para las incidencias del parto.

No figura Plan de Parto en el expediente y se quiere saber, para mejor decidir, si es que no lo había o no se ha incorporado al remitido.

Todo lo anterior justifica legalmente la obtención e incorporación de nuevos informes, y con ellos también de un nuevo informe del SIP, y luego la práctica de una nueva audiencia y, finalmente, la formulación de una nueva Propuesta de Resolución, que el Consejo podrá entonces dictaminar.

C O N C L U S I Ó N

No es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución desestimatoria formulada en este expediente, porque lo procedente es retrotraerlo y obtener los informes y practicar las demás actuaciones, con el detalle que se expresa en el Fundamento IV, apartado 2.