Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 1 3 8 / 2 0 2 6

(Sección 1ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 22 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 (...), en nombre y representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 95/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

La solicitud de Dictamen y su carácter preceptivo, las normas que regulan su objeto, la legitimación del reclamante y de la administración, y la formulación en plazo legal de la reclamación

1. Mediante oficio de 10 de marzo de 2026 (registrado en este Organismo el 12 siguiente), se solicita dictamen del Consejo sobre la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud (SCS), como consecuencia de una reclamación de responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Se reclama una indemnización por importe de 85.284,93 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según los arts. 11.1.D, e) y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), y con el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

3. Para el análisis de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la citada LPACAP como la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, 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 (en adelante, LOSC); la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. Se cumple el requisito del interés legítimo y, por ende, del derecho a reclamar de la interesada, al sufrir en su esfera personal el daño por el que reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

La reclamante actúa mediante representación, debidamente acreditada, de abogado -(...)- (art. 5 LPACAP).

La legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, por ser 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, según dispone el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos del SCS.

6. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presentó el 23 de mayo de 2025 respecto de unos daños de los que recibió el alta médica el 27 de agosto de 2024, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

8. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impida un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

Los hechos que describe la reclamante y los que relata la administración

1. La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada.

A este respecto, la interesada expone en su reclamación inicial los siguientes hechos:

«PRIMERO.- El día 8 de mayo de 2024, mi representada con 29 años de edad, ingresa en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria en Tenerife, donde estaba programado el parto por cesárea iterativa (había tenido dos cesáreas anteriores), en la semana 27,6 siendo un parto de riesgo, estando en seguimiento por cérvix corto.

SEGUNDO.- Según se dice en informe facultativo del día 8 de mayo de 2024, al parecer, el procedimiento quirúrgico fue muy dificultoso, por: "síndrome adherencial muy severo, con abundantes tractos fibrosos en TCS, sin poder diferencias planos entre TCS, fascia y músculo. – No se consigue objetivar vejiga ni globo vesical, porque tanto el útero como la vejiga sen encuentran peritonizados. – Se consigue visualizar anejos liberando adherencias, que son normales".

La Técnica utilizada fue: "- Laparotomía tipo Pfannenstiel con bisturí frío sobre cicatriz de laparotomía previa. – Apertura de TCS con bisturí eléctrico hasta fascia, y apertura de la misma también con bisturí eléctrico con ayuda de una pinza de punta fina para identificar y diseccionar por planos. Separación dificultosa de musculatura línea media con bisturí eléctrico, con ayuda de pinza de punta fina, para ir diseccionando por planos. Musculatura firmemente adherida a peritoneo parietal".

"- Apertura de peritoneo parietal con tijera. -Colocación de compresas marcadas lateralmente y valva suprapúbica. – Apertura de peritoneo visceral con tijera. – Se intenta despegue de vejiga y descenso de la plica besico-uterina – Histerotomía transversa alta.

- Extracción de RN en presentación cefálica, 3550g, Apgar 9/9, pH 7.32. – Histerorrafia con puntos dobles sueltos de polisorb 1-0. – Comprobación de anejos normales. – Comprobación de hemostasia. – Cierre de fascia con dos suturas hemicontinuas con Vicryl 1-0. – Comprobación de hemostasia. – Disección de tractos fibrosis de TCS cercanos a la cicatrisz. – Cierre de piel con sutura mecánica".

En el apartado: ¿INCIDENCIAS EN LA CIRUGÍA? – NO

TERCERO.- Sin embargo, ya en planta, mi representada presentaba fuerte dolor abdominal y comienza a observar como drenaba líquido maloliente por la herida quirúrgica con signos de infección, necesitando ser reintervenida el día 10 de mayo de 2.024.

El informe de cirugía de ese día nos dice: " (...) se decide revisión de herida quirúrgica de 2º día tras cesárea por drenaje de material maloliente a través de herida durante la cura de enfermería y leve dolor abdominal. Se retira sutura metálica de piel y se produce drenaje de abundante cantidad de material fecaloideo proveniente de cavidad. Útero, involucionado, de aspecto normal. Cicatriz de histerorrafia no sangrante, sin signos de infección. No se visualizan anejos. Se avisa a Servicio de Cirugía General y Digestiva".

Nos avisa ginecología por salida de contenido intestinal por herida de Pfannestiel, Infección severa de subcutáneo y fascia con salida de contenido intestinal a través de la fascia que se encuentra parcialmente abierta. Magma inflamatorio pélvico. En línea media de apertura de fascia, en su nivel craneal, se objetiva asa de ID abierta en 2 puntos adyacentes con salida de contenido intestinal abundante. En cavidad abdominal, adherencias de epiplon y asas a pelvis, resto de cavidad explorada sin otros hallazgos. Músculo recto abdominal derecho dislacerado".

Como se puede observar, se causó negligentemente la perforación del intestino en dos puntos distintos, con salida de abundante contenido, que no fue detectado inmediatamente por los facultativos actuantes, ni por tanto reparada la lesión en el mismo acto quirúrgico, sin que se llevasen a cabo pruebas necesarias para diagnosticarla, lo que supuso el sometimiento de la paciente a un grave riesgo para su vida, por razón de la infección peritoneal severa que se le ocasionó (peritonitis aguda).

El retraso en el diagnóstico de la peritonitis, cuando los síntomas que presentaba la paciente permitían plantearse esa patología, provocó que la laparotomía exploratoria para su confirmación se retrasara provocando una agravación de su estado físico y la necesidad de tratamiento postquirúrgico más prolongado.

El tratamiento de la peritonitis secundaria requiere la corrección quirúrgica de la patología desencadenante combinado con el tratamiento de soporte y los antibióticos y, la intervención quirúrgica debe realizarse lo más pronto posible, después que el paciente se haya estabilizado y esté en condiciones de ser operado.

Los síntomas que advierten de la presencia de un cuadro de peritonitis son, con carácter principal, el dolor abdominal intenso, fiebre, taquicardia y es frecuente la leucocitosis.

Los medios diagnósticos que permiten detectar la existencia de peritonitis son: la historia clínica, la exploración física, los datos de laboratorio, los estudios radiológicos (radiografía y ecografía abdominales y el T.A.C.), así como la confirmación microbiológica.

CUARTO.- El 24 de mayo de 2.024 se necesitó revisar la herida quirúrgica en quirófano (...) .

La afectada estuvo ingresada desde el 8 de mayo al 28 de mayo de 2.024, según informe clínico de alta hospitalaria (...), y en situación de incapacidad transitoria para su trabajo hasta el 27 de agosto de 2.024 con el consiguiente perjuicio económico.

Sin perjuicio de lo hasta ahora relatado en cuanto al daño físico y psíquico (...), hay que añadir la inexistencia de un consentimiento suficientemente informado, con el perjuicio moral que ello conlleva.

QUINTO.- Que el resultado final, se debe a una deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de Salud, pues como ya se dijo, se causaron unas lesiones físicas, psíquicas y morales desproporcionadas, en relación con la actuación de cesárea programada de que se trataba, que no tiene el deber jurídico de soportar sin que quepa considerar el caso como fuerza mayor o fortuito, lo cual pretende reclamar, y que cuantificamos en 85.284,93 euros (...) ».

2. Cabe reproducir también el relato de los hechos y las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS (SIP) de fecha 13 de octubre de 2025, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial, en el que se dice lo siguiente:

«ANTECEDENTES:

1.- Paciente mujer, nacida el 29/06/1994, de 29 años en el momento de los hechos.

2.- Antecedentes ginecológicos y obstétricos:

- cesárea por parto estacionado en República Dominicana en 2009.

-intervención quirúrgica de fibroma uterino en República Dominicana en 2015.

- El 23/02/2022 se practica cesárea electiva por fracaso de inducción en gestación prolongada, describiéndose procedimiento dificultoso por síndrome adherencial severo desde tejido celular subcutáneo hasta peritoneo parietal, con plica vertical de inserción alta y útero peritonizado.

En el informe de alta de fecha 25/02/2022 constan los diagnósticos de síndrome adherencial severo y la recomendación expresa de que se "desaconseja nueva gestación".

3.- El 13/12/2022 no acude a consulta de contracepción.

RELACIÓN DE LOS HECHOS:

1.- En relación con la última gestación y objeto de reclamación, en la ecografía morfológica del 08/01/2024 se objetiva longitud cervical de 34 mm [normal, no corto] con embudo de 6×9 mm [dilatación del orificio cervical interno, lo que aumenta el riesgo de acortamiento cervical y de parto pretérmino]. Se pauta progesterona vaginal y se cita en COP

(Consulta Obstétrica Preferente) para valoración cervical. Se mantiene seguimiento intensivo y vigilancia en dicha consulta, junto con tratamiento con progesterona intravaginal.

2.- En consulta de COP del 22/04/2024 se registra la citación para ingreso para cesárea electiva iterativa. Se entrega consentimiento de cesárea. La paciente no desea LBT (ligadura de trompas bilateral). Se le informa sobre los signos de alarma y del riesgo de la cesárea actual.

3.- El 24/04/2024 se realiza visita de preanestesia por el Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor para el procedimiento de cesárea. La paciente acepta el consentimiento de anestesia, tanto verbal como escrito. En el informe clínico consta entre las observaciones:

"valorar sangre por técnica quirúrgica dificultosa por AP (antecedentes personales) de síndrome adherencial".

4.- En fecha 07/05/2024, en la semana 37+5 de gestación, la paciente ingresa procedente de COP para finalizar la gestación y firma el consentimiento informado (C.I.) de cesárea programada. En el documento consta la explicación del procedimiento de cesárea y la ausencia de alternativas a dicha intervención que puedan garantizar el bienestar feto-materno, así como sus posibles complicaciones y riesgos, incluyendo tanto los propios del parto (se incluye infección generalizada) como los de la cirugía: fiebre, infección de la herida, dehiscencia y la posibilidad de que se produzcan complicaciones que requieran tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos.

Asimismo, en el punto 4 del consentimiento se especifica que los riesgos y complicaciones pueden aumentar dada la situación clínica específica de la paciente (cesárea iterativa).

Con la firma del C.I., la paciente deja constancia de que se le aclararon las dudas planteadas.

En la nota clínica de seguimiento obstétrico se hace constar que la paciente no desea LBT (ligadura de trompas bilateral), a pesar de que se le insiste en que no es recomendable una nueva intervención quirúrgica.

5.- En el registro de pacientes de Ginecología-Obstetricia (Gin-OBS) de fecha 08/05, a las 07:18 horas, se anotan, dentro de las intervenciones de enfermería (NIC), las siguientes: control de infecciones, cuidados de la herida quirúrgica, vigilancia del sitio de incisión y manejo del dolor.

6.- El 08/05/2024 se realiza procedimiento de cesárea electiva con indicación por cesárea iterativa, bajo profilaxis antibiótica (cefazolina 2 g), con expulsión del bebé a las 10:06 horas del mismo día. La técnica quirúrgica se lleva a cabo con mucha dificultad por "síndrome adherencial muy severo, con abundantes tractos fibrosos en tejido celular subcutáneo, sin poder diferenciar planos entre TCS, fascia y músculo. No se consigue

objetivar vejiga ni globo vesical, puesto que tanto el útero como la vejiga se encuentran peritonizados (...) líquido amniótico claro". Se extrae recién nacido normopeso y sano.

Según hoja quirúrgica no se registran incidencias en la cirugía. (...)

7.- Tras la cesárea, la paciente ingresa en la Unidad de Recuperación Posanestésica, se le administra hierro intravenoso.

8.- Se registran constantes vitales a las 13:33: frecuencia cardiaca y tensión arterial normales, afebril.

9.- En los días 8 y 9/05, con respecto a las constantes vitales, se mantiene afebril, normocárdica y con tensión arterial normal [es decir, sin signos de inestabilidad hemodinámica ni de alarma].

10.- El 8/05, a las 13:50, enfermería registra: útero contraído, pérdidas normales, paciente muy dolorida, con gases, sangrado abundante por la herida donde presenta apósito compresivo.

11.- El 8/05, a las 23:49, se describe apósito limpio antes y después de la movilización, tolera movilización, se retira sonda vesical con buena diuresis. Sangrado menor que el de una regla.

12.- Nota clínica médica del 9/05 a las 10:10: constantes vitales normales, tolerancia adecuada, expulsión de gases/defecación positiva. Abdomen blando, depresible, con dolor difuso, útero contraído. Cicatriz con apósito. [Es decir, no se objetivan signos exploratorios de abdomen agudo ni de alarma, hallazgos compatibles con la evolución esperable en el primer día postcesárea].

13.- El 9/05 a las 12:15, enfermería registra relativamente al turno de la mañana: paciente afebril, dolor controlado con analgesia intravenosa, se retira bomba de perfusión analgésica en la mañana. Se retira apósito compresivo. Herida con buen aspecto, sin signos de infección. Zona púbica inflamada, no indurada; se comenta a matrona que avisa a ginecología. Se extrae analítica.

14.- Analítica del 9/05: hemoglobina normal, leucocitosis de 15.220/mm3 (neutrófilos 12.880). Cabe destacar que en la cesárea anterior (23/02/2022), la analítica postquirúrgica mostró leucocitos en valores similares (15.350/mm3).

15.- El 9/05 a las 19:00, enfermería valora herida quirúrgica y avisa a ginecología por drenaje seroso en la zona media de la cicatriz.

16.- El 9/05 a las 23:19, enfermería describe: dolor controlado con analgesia pautada, herida quirúrgica al aire, inflamación en zona pubiana, ligero drenaje serohemático. Se registra que es valorada por ginecología.

17.- Nota médica del 10/05 a las 9:45: cicatriz inflamada con salida de líquido maloliente, con aspecto fecaloide. Se cursan cultivos a partir del exudado de la herida, en los cuales posteriormente se aislará Enterobacter cloacae/asburiae, y se deriva a cirugía urgente, bajo cobertura antibiótica iniciada esa misma mañana. La matrona describe la herida quirúrgica con signos de infección.

18.- Constantes vitales de la mañana del 10/05: paciente afebril y con tensión arterial normal. A las 9:18 horas se registra, por primera vez, desde su ingreso, taquicardia (123 latidos por minuto). La paciente se mantiene afebril, presentando su primer pico febril dos días más tarde, el 12/05.

19.- Nota de enfermería del 10/05 a las 13:22 y relativa al turno de la mañana: paciente afebril, refiere calor intenso y tumefacción en zona de herida quirúrgica; se observa drenaje marrón, maloliente, con inflamación intensa. Se valora herida ecográficamente y se deriva a quirófano ("a las 13:27 pasa a quirófano").

20.- La paciente entra en quirófano para cirugía exploratoria urgente por herida quirúrgica con signos de infección y drenaje maloliente de aspecto fecaloide. El procedimiento es realizado de forma conjunta por los servicios de Ginecología y Cirugía General, precisando laparotomía.

Durante la intervención, bajo cobertura antibiótica (cefepime, metronidazol y fluconazol), se objetiva infección severa del tejido celular subcutáneo y de la fascia, con salida de contenido intestinal a través de esta. Se identifica un asa de intestino delgado perforada en dos puntos a lo largo de un segmento de 5–6 cm, adherida a la fascia, por lo que se practica resección y anastomosis latero-lateral mecánica.

El informe de anatomía patológica confirma inflamación con focos necróticos y peritonitis aguda.

Tras la cirugía, la paciente ingresa en Reanimación, con evolución favorable, descenso progresivo de los parámetros analíticos de infección y estabilidad hemodinámica. Se mantiene seguimiento por Cirugía General y se realizan curas diarias de la herida quirúrgica.

21.- El 12/05/2024 la paciente es valorada por Cirugía General por un cuadro clínico que impresiona de íleo paralítico (distensión abdominal, dolor abdominal a la palpación, ausencia de tránsito para deposiciones y gases), sin hallazgos radiológicos de patología. El 13/05/2024 se inicia nutrición parenteral tras canalización de vía venosa central (yugular derecha).

22.- Se reinterviene el 24/05/2024 para revisión de herida quirúrgica (dehiscencia con drenaje constante) y saturación del sistema PICO [apósito con succión controlada que ayuda a que la herida quirúrgica cicatrice mejor]. Se realiza revisión de sutura, desbridamiento y cierre; se coloca drenaje, se retira el sistema PICO y se implanta anticonceptivo subdérmico (Implanon®).

23.- El 27/05/2024 se retiran el drenaje tipo Penrose de la herida y la vía venosa central yugular derecha.

24.- Se da el alta hospitalaria el 28/05/2024 tras comprobación ecográfica de la herida quirúrgica. Se deja apósito oclusivo, se deriva a curas en Atención Primaria y se programa retirada de grapas para el 03/06/2024.

25.- En cita de control con Cirugía General el 26/06/2024 se describe laparotomía media en buen estado y herida de cesárea con pequeño seroma, que drena por el lateral izquierdo y se maneja con curas en el centro de salud. Se alta del Servicio. La paciente se encuentra en buen estado general, sin dolor abdominal y tolerando dieta normal.

26.- Según la historia clínica de Atención Primaria, no constan secuelas ni físicas ni psíquicas.

- El 08/07/2024 se describe herida quirúrgica cerrada y con buen aspecto. La matrona ofrece educación sanitaria para el postparto.

- El 09/12/2024 consta que la paciente se encuentra trabajando.

-No consta problemática digestiva.

- No constan derivaciones a psicología de Atención Primaria ni a salud mental, ni necesidad de psicofármacos, salvo la prescripción puntual de alprazolam (ansiolítico) un año más tarde, el 08/09/2025, en relación con una crisis de ansiedad tras una discusión con su hija. (...)

CONCLUSIONES:

1.- En respuesta al hecho tercero:

1a.- Tras la cesárea, tanto el personal de enfermería como médico comprobaron periódicamente las constantes vitales, el estado clínico de la paciente y, en particular, la evolución de la herida quirúrgica:

- Constantes vitales: se mantuvieron siempre normales (paciente afebril, normotensa y con frecuencia cardiaca normal) hasta la mañana del 10/05, cuando se registró por primera vez taquicardia. Paciente afebril en todo momento.

- Dolor abdominal: la paciente manifestó dolor intenso en las primeras horas (aproximadamente a las tres horas del procedimiento), lo cual resulta esperable en el postoperatorio inmediato, especialmente en una cirugía técnicamente compleja por la severidad de las adherencias. Posteriormente, el dolor fue adecuadamente controlado con el tratamiento pautado ya que la paciente tolera incluso la movilización y la retirada de la bomba de perfusión analgésica.

- Herida quirúrgica: en las notas clínicas del 09/05 se describe con buena evolución, sin signos de infección y con drenaje de material seroso (sin pus ni mal olor). Este hallazgo es compatible con un seroma postquirúrgico, complicación frecuente y habitualmente benigna tras una cirugía mayor, que no constituye indicio de infección ni de perforación intestinal. Primeros signos de infección en la herida y drenaje maloliente en la mañana del 10/05.

- Leucocitosis: la analítica del 09/05 mostró 15.220 leucocitos/mm³, cifra comparable a la observada en el postoperatorio de la cesárea de 2022 (15.350/mm³). Esta leucocitosis, sin fiebre ni alteraciones hemodinámicas, se interpreta como una reacción inflamatoria inespecífica y de estrés, habitual tras una cirugía mayor, y no como un marcador específico de infección. En la analítica del 10/05 se manifiestan signos analíticos de infección.

- Exploración abdominal y estado clínico:

o No se describen náuseas, vómitos ni intolerancia oral; el tránsito intestinal fue adecuado.

o La exploración abdominal mostró un abdomen blando y depresible, lo que significa que, a la palpación, la pared abdominal no ofrecía resistencia (defensa muscular) ni dolor localizado intenso, ni signos de irritación peritoneal.

1c.- En resumen, la paciente permaneció afebril, con dolor abdominal postquirúrgico sin características de intensidad, y con constantes vitales normales hasta el 10/05, momento en el que se objetivó taquicardia y cambios locales en la herida quirúrgica (drenaje maloliente y signos de infección). Hasta ese momento no existían signos clínicos ni analíticos que justificaran la sospecha de un abdomen agudo debido a perforación intestinal o infección peritoneal. El hecho de que el asa intestinal perforada se encontrara adherida pudo favorecer el contenimiento del material entérico y de la infección, lo que explica que la clínica se presentara de forma larvada, sin manifestaciones típicas de abdomen agudo, y resultara difícil de sospechar en la fase inicial.

Los hallazgos explorados la mañana del 10/05 motivaron la indicación de cirugía exploratoria urgente, la instauración de cobertura antibiótica de amplio espectro y la recogida de muestras para cultivo del exudado de la herida. No consta retraso en la actuación, ya que se trató en los tiempos adecuados y rápidamente: la laparotomía exploratoria se realizó en menos de seis horas desde su indicación. En el contexto planteado, lo indicado era proceder directamente a la cirugía, sin dilación en pruebas complementarias de imagen (TAC o ecografía), puesto que la clínica ya constituía una indicación quirúrgica.

1d.- La cesárea se realizó bajo profilaxis antibiótica protocolaria (cefazolina 2 g). En relación con la perforación de intestino delgado, debe señalarse que las complicaciones quirúrgicas pueden aparecer tras cualquier cirugía mayor sin que ello implique necesariamente negligencia. La perforación intestinal y de vejiga es una complicación existente, aún infrecuente, cuyo riesgo aumenta en pacientes con síndrome adherencial

severo, como en este caso, en el que se describieron útero y vejiga peritonizados, planos anatómicos distorsionados y musculatura abdominal firmemente adherida al peritoneo, consecuencia directa de las cesáreas iterativas.

Dicho riesgo incrementado de complicaciones, inherente a la cesárea iterativa, ya estaba recogido en el consentimiento informado firmado por la paciente.

Estas condiciones obligaron, en el caso reclamado, a realizar una histerotomía transversa alta, técnica indicada cuando el segmento uterino inferior está ocupado por adherencias, con el doble objetivo de proteger la vejiga y garantizar un acceso anatómicamente más seguro para la extracción fetal.

En el acto quirúrgico no se describieron incidencias sugestivas de perforación intestinal (sangrado anómalo, salida de material fecal o líquido intestinal, defecto visible en la pared intestinal) que justificaran la búsqueda activa de una lesión intestinal. Se comprobó la hemostasia, es decir, que no había un sangrado anómalo. En la práctica obstétrica habitual, la evaluación intraoperatoria en la cesárea se centra en útero, vejiga y anexos, tal como se hizo en el presente caso.

2.- En respuesta al HECHO CUARTO

2a.- No consta que la paciente estuviera en situación de incapacidad laboral transitoria hasta el 27/08/2024 (la paciente reclama un perjuicio económico). De hecho, la paciente ya se encontraba en ILT (incapacidad laboral temporal) antes del parto y se le dio el alta el mismo día de su ingreso (07/05), entendiéndose que a partir del día siguiente se iniciaba la baja maternal, durante la cual percibió la prestación correspondiente. El periodo reclamado, hasta el 27/08/2024, coincide con las 16 semanas de baja maternal reconocidas en el año 2024.

2b.- Los daños "físicos, psíquicos y morales" reclamados podrían haberse evitado si la paciente hubiese seguido las indicaciones expresas ofrecidas tras la segunda cesárea, en cuyo informe constaba la existencia de un síndrome adherencial severo y la recomendación de evitar nuevas gestaciones. Asimismo, se le ofreció consulta anticonceptiva a la que no acudió.

2c.- En cuanto al perjuicio estético, la cicatriz de laparotomía tipo Pfannenstiel de la cesárea del 08/05 se realizó sobre una cicatriz de laparotomía previa (visible en la fotografía aportada del 09/05). La extensión de la incisión en forma de T (laparotomía media) obedeció a una situación urgente y de carácter vital. Cabe señalar que existe evidencia de que pacientes con cicatrización interna deficiente (formación de adherencias) tienen una tendencia a cicatrización externa desfavorable también. Además, las imágenes aportadas corresponden al primer mes postquirúrgico (última foto del 25/05/2024), todavía con suturas y grapas, desconociéndose el resultado estético final.

2d.- No constan secuelas permanentes de carácter digestivo: la paciente no requiere seguimiento médico periódico, fue dada de alta por el Servicio de Cirugía General y Digestiva, y no precisa tratamiento crónico ni restricciones dietéticas o de hábitos, tolerando dieta normal. Aun en el supuesto de que la paciente padeciera dolor abdominal crónico —dato que no consta reclamado—, este síntoma se asocia con frecuencia al síndrome adherencial.

2e.- En cuanto al consentimiento informado de la cesárea programada, en el documento se recogen los riesgos y complicaciones habituales, incluidas infecciones de herida quirúrgica y sistémica, especificándose que, en su situación particular (cesárea iterativa), los riesgos y complicaciones se encontraban aumentados. Aunque se alegue que el consentimiento informado no fue suficiente, debe destacarse que durante el seguimiento de su gestación (24/04/2024) se ofrecieron explicaciones verbales adicionales, en las que se informó del riesgo de la cesárea y se propuso la realización de una ligadura de trompas bilateral, dada la contraindicación médica de nuevas cirugías por síndrome adherencial severo. Pese a la información facilitada, la paciente rechazó la esterilización y solo, durante el ingreso, aceptó finalmente un implante subdérmico anticonceptivo.

En relación con el riesgo quirúrgico, el propio anestesista dejó constancia de que solicitaba sangre ante la previsión de una cirugía dificultosa por síndrome adherencial.

2f.- En este contexto, resulta difícil sostener que la paciente no estuviera informada del riesgo, puesto que tanto la documentación clínica como las recomendaciones médicas reflejan con claridad la advertencia sobre la elevada complejidad y el incremento del riesgo quirúrgico en sucesivas cesáreas, desaconsejándose ya tras la segunda intervención (cesárea) un nuevo embarazo debido al síndrome adherencial severo.

3.- Analizados todos los documentos que obran en el expediente, consideramos que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación médica dispensada, puede calificarse acorde al proceso clínico en cada momento.

4.- Se emite informe DESFAVORABLE».

III

La tramitación de la solicitud de indemnización

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada el 23 de mayo de 2025 en el SCS.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del SCS n.º 413/2025, de 28 de mayo, se admitió a trámite la reclamación de la interesada.

- Con fecha 27 de mayo de 2025 se requiere al SIP para que «recabe el historial clínico y el informe/s del Servicio/s cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable y que, a la vista de la documentación e informes remitidos, emita, si lo estima oportuno, informe en relación a la asistencia sanitaria prestada».

- Con fecha 13 de octubre de 2025 se emite el transcrito Informe por el SIP, al que se acompaña la Historia de Salud relativa a la asistencia recibida por la reclamante en el ámbito de Atención Primaria; la Historia Clínica relativa a la atención recibida por la reclamante en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria -en adelante, HUNSC-; y el Informe emitido por el jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HUNSC.

- Con fecha 15 de octubre de 2025, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental y la pericial propuesta y anunciada en su escrito inicial por la reclamante, concediéndosele el plazo de un mes a la reclamante para que la aportara.

- Con fecha 22 de diciembre de 2025, se procede a la apertura del trámite de audiencia, confiriendo a la interesada un plazo de diez días a fin de que pudiera formular alegaciones, aportar documentos y las justificaciones que tuviese por conveniente. Presentándose escrito de alegaciones por la reclamante con fecha 2 de enero de 2026.

- A juicio del órgano instructor, teniendo en cuenta lo dispuesto en el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, en el caso que nos ocupa no resulta preceptivo el informe de la Asesoría Jurídica Departamental, dado que las cuestiones de derecho planteadas ya han sido resueltas en anteriores informes por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 9 de marzo de 2026 se emite Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación.

IV

La cuestión de fondo: la cesárea de la reclamante y su postoperatorio. El Consentimiento Informado

1. La Propuesta de Resolución

La Propuesta de Resolución desestima la reclamación al considerar que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración que se le atribuye.

2. Los requisitos básicos de la responsabilidad patrimonial de la administración

Tal y como ha tenido ocasión de recordar este Consejo Consultivo en relación con el instituto de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas (entre otros, en su Dictamen 328/2020, de 10 de septiembre), *«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 en 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.

– Ausencia de fuerza mayor.

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

Además, añade:

«Es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración».

3. La *Lex Artis* en el ámbito médico y sanitario

En el ámbito sanitario, en especial, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas presenta una serie de particularidades que se derivan de la consideración de la denominada *«lex artis ad hoc»*.

Así, por ejemplo, señala la STS 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, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».*

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en Sentencia 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 idéntico sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014, rechaza que a consecuencia del carácter objetivo de la responsabilidad de la administración y que por ello « (...) *ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria».*

Razona y argumenta el TS:

«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».

Por tanto, no existe en la ley otra exigencia de comportamiento a los facultativos que la de prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso, con todos los medios adecuados que estén a su alcance, pero no la de obtener ni la de

garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios haya sido defectuosa o negligente, en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

Y por ello, en el mismo sentido se ha pronunciado este Consejo Consultivo de Canarias en numerosas ocasiones, de manera continuada y repetida. Así, se puede de traer a colación, por ejemplo, y, entre otros muchos, el Dictamen 6/2019, de 9 de enero, que vale la pena reproducir por extenso:

«El criterio básico utilizado por la jurisprudencia (...) para hacer girar sobre él la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la lex artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Así pues, presupuesto de la responsabilidad es que se produzca por el médico, o profesional sanitario, una infracción de las normas de precaución y cautela requeridas por las circunstancias del caso en concreto, entendiendo como tales las reglas a las que debe acomodar su conducta profesional para evitar daños a determinados bienes jurídicos del paciente: la vida, la salud y la integridad física.

En cada caso, para valorar si se ha producido infracción de esas normas de la lex artis, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado valorando criterios, como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de su profesión (tanto en relación a nuevos medicamentos, instrumental, técnicas y procedimientos terapéuticos o diagnósticos), las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica (hospital, servicio de urgencias, medicina rural, etcétera). En general, pues, la infracción de estas reglas de la lex artis se determinará en atención a lo que habría sido la conducta y actuación del profesional sanitario medio en semejantes condiciones a aquellas en que debió desenvolverse aquel al que se refiere la reclamación. Por lo tanto, el criterio de la lex artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha lex artis. Por tanto, si la actuación de la Administración sanitaria no puede garantizar siempre un resultado favorable a la salud del paciente, se hace necesario establecer un límite que nos permita diferenciar en qué momento va a haber responsabilidad patrimonial de la Administración y en qué otros casos se

va a considerar que el daño no es antijurídico y que dicho daño no procede de la actuación de la Administración sino de la evolución natural de la enfermedad.

Este límite nos lo proporciona el criterio de la lex artis, según el cual sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada al criterio de la lex artis (no siendo el daño antijurídico) mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la lex artis, la obligación de reparar recae sobre la Administración. (...) .

Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala 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, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (RCL 1992, 2512, 2775 y RCL 1993, 246), redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero (RCL 1999, 114 y 329), que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto (...) "».

4. La carga de la prueba

Finalmente, se ha de recordar también que este Consejo ha reiterado en múltiples ocasiones (p.ej., Dictámenes 87/2019, de 13 de marzo y 219/2020, de 3 de junio) que, siendo (art. 32.1 LRJSP) el primer requisito para el nacimiento de la obligación de resarcir los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos que el daño alegado sea *consecuencia* de dicho funcionamiento, la carga de probar este nexo causal, es decir los hechos en que se funde, incumbe al reclamante, por aplicación de la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración recaerá el *onus probandi* o carga de la prueba de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la

producción del daño, o la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que tiene la propia Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero ello no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en su contra toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

5. La asistencia médica durante el parto mediante cesárea

Sentadas las precedentes consideraciones generales, en el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante tiene por objeto la asistencia médica que se le dispensó con motivo y ocasión de la cesárea efectuada el día 8 de mayo de 2024.

Se afirma en primer lugar que hubo una negligente asistencia sanitaria porque al llevar a cabo la cesárea se causó negligentemente la perforación del intestino en dos puntos distintos, con salida de abundante líquido fecaloide, que desembocó en una peritonitis aguda.

De la prueba practicada en el expediente administrativo –documental prácticamente toda ella- ha quedado acreditado que el día 8 de mayo de 2024 a la reclamante se le practicó una *cesárea iterativa*, así llamada porque había sido sometida previamente a otras dos cesáreas en los años 2009 y 2022, así como a una intervención quirúrgica de fibroma uterino en el año 2015.

Cabe destacar que en la última o segunda de aquellas dos anteriores, la cesárea del 23 de febrero de 2022, se describió dicho procedimiento como *«dificultoso por síndrome adherencial severo desde tejido celular subcutáneo hasta peritoneo parietal, con plica vertical de inserción alta y útero peritonizado»*, constando en el informe de alta de 25 de febrero de 2022 el diagnóstico de *síndrome adherencial severo* y la recomendación expresa de que se *«desaconseja nueva gestación»*.

Estos antecedentes obligaron a que, en el caso reclamado, se realizara una *histerotomía transversa alta*, técnica indicada cuando el segmento uterino inferior está ocupado por adherencias, con el doble objetivo de proteger la vejiga y garantizar un acceso anatómicamente más seguro para la extracción fetal.

Además, tal como informa el SIP, consta que en los pacientes con síndrome adherencial severo, como ocurría en este caso, en el que se describieron útero y

vejiga peritonizados, planos anatómicos distorsionados y musculatura abdominal firmemente adherida al peritoneo, como consecuencia directa de las cesáreas anteriores, el riesgo de perforación intestinal y de vejiga aumenta.

La reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba sobre la existencia de infracción de la *lex artis*, únicamente indica en su reclamación que en la cesárea se le perforó el intestino en dos puntos, pero, sin embargo, no ha acreditado que tal perforación haya sido consecuencia de una inadecuada práctica médica. Y en casos como el presente, dado el carácter técnico y complejo de la cuestión que se plantea, es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas.

Así se requiere y se comprende que así sea, pues es indudable que se está ante una cuestión -o conjunto de cuestiones- intrínseca y eminentemente técnicas, cuyo conocimiento, examen y comprensión el Consejo no puede lograr por sí solo, pues carece de todos los conocimientos técnico-médicos necesarios, sino que debe apoyarse necesariamente en las pruebas periciales que figuren en el expediente administrativo y en los mismos documentos e informes que obren en él. En estos casos, venimos obligados a razonar y argumentar con tales medios de prueba, empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica, con el fin de poder pronunciarse finalmente sobre la cuestión sometida al dictamen del Consejo.

Y en el concreto caso que motiva este expediente, examinado dicho material probatorio, resulta que no consta la existencia de un asa intestinal sana y perfectamente libre. Más bien al contrario, pues ha quedado probado que la reclamante había sido sometida previamente a dos cesáreas y a una intervención quirúrgica de fibroma uterino, y que dichas intervenciones repetidas del abdomen tienen un efecto a largo plazo que es la formación de adherencias entre las asas intestinales y de estas con la pared abdominal, síndrome adherencial severo del que estaba diagnosticada, de manera que por ello en esos casos el acceso a la cavidad abdominal resulta muy complejo.

Por lo tanto, se concluye que, en el presente caso, no ha quedado acreditada la mala *praxis* denunciada, considerando que lo que aconteció fue una complicación derivada de la cesárea debido al estado previo de la zona abdominal de la paciente, como consecuencia del síndrome adherencial severo que padecía.

6. La atención posterior a la cesárea

En segundo lugar, ha de examinarse la adecuación o no a la *lex artis* de la atención sanitaria en el postoperatorio de la cesárea.

Se afirma por la reclamante que la evolución del postoperatorio también fue tórpida, precisándose una reintervención quirúrgica el día 10 de mayo de 2024 a consecuencia de la peritonitis aguda causada por la perforación de las asas intestinales.

Analizado el expediente, no encontramos que haya existido una desatención de la reclamante en los días posteriores a la cesárea. Consta en el historial clínico del HUNSC la existencia de órdenes de tratamiento, lo que evidencia una previa exploración médica, sin que se haya acreditado la existencia de una prueba médica concluyente de una peritonitis antes del primer signo patológico que tuvo lugar el día 10 de mayo de 2024, siendo intervenida inmediatamente ese mismo día.

En efecto, tal como consta en el Informe del SIP y en los documentos en que se funda, tras la cesárea tanto el personal de enfermería como médico comprobaron periódicamente las constantes vitales, el estado clínico de la paciente y, en particular, la evolución de la herida quirúrgica, constando las siguientes actuaciones:

- En relación con las constantes vitales: se mantuvieron siempre normales (paciente afebril, normotensa y con frecuencia cardiaca normal) hasta la mañana del 10 de mayo de 2024, cuando se registró por primera vez taquicardia, manteniéndose la paciente afebril en todo momento.

- En relación con el dolor abdominal: la paciente manifestó dolor intenso en las primeras horas (aproximadamente a las tres horas del procedimiento), lo cual resulta esperable en el postoperatorio inmediato, especialmente en una cirugía técnicamente compleja por la severidad de las adherencias. Posteriormente, el dolor fue adecuadamente controlado con el tratamiento pautado, ya que la paciente toleró incluso la movilización y la retirada de la bomba de perfusión analgésica.

- En relación con la herida quirúrgica: en las notas clínicas del 9 de mayo de 2024 se describe con buena evolución, sin signos de infección y con drenaje de material seroso (sin pus ni mal olor). Este hallazgo es compatible con un seroma postquirúrgico, complicación frecuente y habitualmente benigna tras una cirugía mayor, que no constituye indicio de infección ni de perforación intestinal. Los primeros signos de infección en la herida y drenaje maloliente se producen en la mañana del 10 de mayo de 2024.

- En relación con los parámetros analíticos: la analítica del 9 de mayo de 2024 mostró 15.220 leucocitos/mm³, cifra comparable a la observada en el postoperatorio de la cesárea de 2022 (15.350/mm³). Esta leucocitosis, sin fiebre ni alteraciones hemodinámicas, se interpreta como una reacción inflamatoria inespecífica y de estrés, habitual tras una cirugía mayor, y no como un marcador específico de infección. Es en la analítica del 10 de mayo de 2024 cuando se manifiestan signos analíticos de infección.

- En relación con la exploración abdominal y estado clínico: No se describen náuseas, vómitos ni intolerancia oral; el tránsito intestinal fue adecuado. Además, la exploración abdominal mostró un abdomen blando y depresible, lo que significa que, a la palpación, la pared abdominal no ofrecía resistencia (defensa muscular) ni dolor localizado intenso, ni signos de irritación peritoneal.

En resumen, la reclamante permaneció afebril, con dolor abdominal postquirúrgico sin características de intensidad, y con constantes vitales normales hasta el 10 de mayo de 2024, momento en el que se objetivó taquicardia y cambios locales en la herida quirúrgica (drenaje maloliente y signos de infección). Hasta ese momento no hubo signos clínicos ni analíticos que justificaran la sospecha de un abdomen agudo debido a perforación intestinal o infección peritoneal. El hecho de que el asa intestinal perforada se encontrara adherida pudo favorecer la contención del material entérico y de la infección, lo que explica que la clínica se presentara de forma larvada, sin manifestaciones típicas de abdomen agudo, y resultara difícil de sospechar en la fase inicial.

Los hallazgos explorados la mañana del 10 de mayo de 2024 motivaron la indicación de cirugía exploratoria urgente, la instauración de cobertura antibiótica de amplio espectro y la recogida de muestras para cultivo del exudado de la herida.

Por lo tanto, no consta retraso en la actuación, ya que se trató en los tiempos adecuados y rápidamente, realizándose la laparotomía exploratoria en menos de seis horas desde su indicación. Además, tal como informa el SIP, en el contexto planteado lo indicado era proceder directamente a la cirugía, sin dilación en pruebas complementarias de imagen (TAC o ecografía), puesto que la clínica ya constituía una indicación quirúrgica.

7. El Consentimiento Informado

Finalmente, la reclamante alega la insuficiencia del consentimiento informado para la realización de la cesárea, sobre el que ahora procede pronunciarse.

El consentimiento informado se concibe en nuestro ordenamiento como un acto unilateral del paciente o, en su caso, de sus familiares o allegados, que manifiestan su voluntad de someterse a un determinado tratamiento clínico o quirúrgico, tras conocer la actuación sanitaria proyectada, sus beneficios y sus riesgos.

Su régimen jurídico y la regulación del derecho al consentimiento informado se contienen en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica -en adelante, Ley 41/2002-.

Ha de destacarse su art. 8, que conviene tener a la vista:

«1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento».

No menos conveniente y útil es recordar también los mandatos del art. 10 de la Ley:

«Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente».

Por consiguiente, para que el consentimiento se ajuste a las exigencias legales (y por ello produzca en su caso el efecto de eximir a la Administración de responsabilidad cuando ello se pretenda), cualquiera que fuera la forma de manifestarse, es preciso que sea válido y que el hecho determinante del daño esté dentro del objeto del consentimiento, pues, como se repite en la práctica judicial y en la doctrina consultiva, en aplicación de jurisprudencia consistente y reiterada, *toda persona tiene derecho a que se le de en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y medidas de tratamiento*. Asimismo, tiene derecho *a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso*. También tiene derecho *a que quede constancia por escrito de todo su proceso*. Además, es de suma importancia la elaboración de formularios específicos en el ámbito sanitario, puesto que sólo mediante un protocolo amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse la finalidad pretendida por la Ley, pues *el contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo a una terapia por razón de sus riesgos* (TS).

Así, especialmente a la luz de la jurisprudencia, el consentimiento informado se percibe hoy en nuestro ordenamiento no solo como una regla de la *lex artis*, esencial y general en cuanto exigible salvo las excepciones legales, sino también y acaso antes que ello como un instrumento, de raíz constitucional, al servicio de los mandatos de respeto a la dignidad y a la autonomía personal.

En dos recientes sentencias (STS de 10 de marzo de 2026, que reitera y repite la doctrina de la de 13 de enero de este mismo año 2026, ambas de la Sala 1.ª), se ha dicho:

«La gestación y la maternidad impactan directamente sobre la mujer con incidencia en el marco de sus derechos fundamentales y en el libre desarrollo de su personalidad, sin que, en tales circunstancias, se vea expropiada de la facultad de autodeterminación que deriva de la dignidad humana, concebida esta como «valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás» (SSTC53/1985, de 11 de abril, FFJJ 3 y 8 y 66/2022, de 2 de junio, FJ 4), de manera que constituye «la base de nuestro sistema de derechos fundamentales» (por todas, SSTC 212/2005, de 21 de julio, FJ 4; 236/2007, de 7de noviembre, FJ 8, y más recientemente, la STC 81/2020, de 15 de julio, FJ 11).

Desde luego, tales derechos se encuentran plenamente vigentes en el ámbito de la asistencia y control médico del seguimiento del embarazo y asistencia al parto, contexto en que la mujer goza de los derechos reconocidos en la Ley 41/2002, en cuanto se encuentra sometida a intervenciones sobre su cuerpo invasivas, dolorosas y no exentas de riesgos con sus efectos secundarios.

En consecuencia, no son admisibles comportamientos que sustraigan a la mujer de su derecho a ser informada con fundamento en que el parto es un proceso natural, puesto que ello supondría la reducción de su persona a la categoría de un simple ente sin voluntad sobre el que cabe libremente disponer, prescindiendo de su autonomía a la hora de gestionar el proceso del parto. No cabe sostener que, en tales casos, su consentimiento no deba ser obtenido, que pueda ser ignorado o que deba soportar pasivamente cualquier intervención sobre su cuerpo mediante la cosificación de su persona».

El TS recuerda, en las mismas sentencias, los pronunciamientos del TEDH, así como el llamado Convenio de Oviedo, de 4 de abril de 1997, y otros tratados suscritos también por España, como la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea o el Convenio Europeo de Derechos Humanos y cita la doctrina del Tribunal Constitucional Español:

« (...) la doctrina de la STC 11/2023, de 23 de febrero, determina cuáles son los derechos fundamentales que protegen a la mujer durante su embarazo y posterior parto, lo que hace en los términos siguientes:

«Como ha afirmado recientemente este tribunal en la citada STC 66/2022, FJ 3 A) c) i i), con cita de la STC 93/2013, de 23 de abril, FJ 9, «todo lo relacionado con el embarazo y parto debe entenderse vinculado, fundamentalmente, a la vida privada de la mujer y, por tanto, a su derecho a la intimidad personal (art. 18.1CE), así como a su derecho a la

integridad física (art. 15 CE)». Asimismo, en la citada sentencia el Tribunal afirmó que «[también] en conexión con esa autodeterminación opera el derecho consagrado en el art. 15 CE, que protege 'la inviolabilidad de la persona, no solo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular' (SSTC120/1990, de 27 de junio, FJ 8, y 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5). Su finalidad es proteger la 'incolumidad corporal' (STC 207/1996, de 16 de diciembre, FJ 2), habiendo adquirido también una dimensión positiva en relación con el libre desarrollo de la personalidad, orientada a su plena efectividad (STC 119/2001, de 24 de mayo, FJ 5)»».

Junto a ello, no deja de considerar el TS la obligación de atender, que es igualmente obligado *«ponderar también la viabilidad del nasciturus, lo que, como señala la STC 66/2022, FJ 4 C) y refrenda la STC 11/2023, FJ 3 D) exige: "identificar la vida y salud del feto que albergaba en su seno la gestante, como bien susceptible de protección, que ha de ser tenido en cuenta en nuestro enjuiciamiento constitucional"».*

Como hemos visto, el art. 8. regla general, 2 de la Ley 41/2002 excluye el consentimiento verbal, como respecto de las intervenciones quirúrgicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aquellos procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Sobre esta cuestión y, en lo que ahora nos interesa, la STS (Sala 3.ª) de 4 de diciembre de 2012, con cita de la de 26 de marzo del mismo año, entre muchas otras, había declarado lo siguiente, que resume la evolución de la jurisprudencia, con cita detallada de precedentes:

«Resulta claro que tanto la vigente regulación, más detallada y precisa, como la anterior coinciden en un punto esencial, esto es la exigencia del "consentimiento escrito del usuario" (art. 10.6 Ley General de Sanidad, 14/1986, art. 8.2. Ley 41/2002) para la realización de intervenciones quirúrgicas. Si bien actualmente también se prevea respecto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Todo ello, a salvo claro está de situaciones en que deban adoptarse decisiones urgentes adecuadas para salvar la vida del paciente o cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones.

Se ha recordado en la Sentencia de 29 de junio de 2010, recurso de casación 4637/2008 lo dicho en la Sentencia de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002 sobre que "El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento

puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos".

(...) / (...)

Por ello la regulación legal debe interpretarse en el sentido de que no excluye de modo radical la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito. Sin embargo, al exigir que el consentimiento informado se ajuste a esta forma documental, más adecuada para dejar la debida constancia de su existencia y contenido, la nueva normativa contenida en la Ley General de Sanidad tiene virtualidad suficiente para invertir la regla general sobre la carga de la prueba, (según la cual, en tesis general, incumbe la prueba de las circunstancias determinantes de la responsabilidad a quien pretende exigirla de la Administración)".

Y una constante jurisprudencia (Sentencias de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002, 1 de febrero de 2008, recurso de casación 2033/2003, 22 de octubre de 2009, recurso de casación 710/2008, sentencia de 25 de marzo de 2010, recurso de casación 3944/2008) insiste en que [incumplir] el deber de obtener el consentimiento informado del paciente constituye una infracción de la "lex artis" y revela una manifestación anormal del servicio sanitario.

(...) En fecha reciente el Tribunal Constitucional ha declarado (FJ 7º) en su STC 37/2011 de 28 de marzo de 2011, estimando un recurso de amparo por quebranto de los arts. 15 y 24.1. CE que "no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad".

Nuestra jurisprudencia (SSTS 29 de junio 2010, rec. casación 4637/2008, 25 de marzo de 2010, rec. casación 3944/2008), sostiene que no solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado sino también descuidos parciales.

Se incluye, por tanto, la ausencia de la obligación de informar adecuadamente al enfermo de todos los riesgos que entraña una intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivar una vez iniciada una asistencia hospitalaria con cambio de centro médico y tipo de anestesia.

Debe insistirse en que una cosa es la incerteza o improbabilidad de un determinado riesgo, y otra distinta su baja o reducida tasa de probabilidad, aunque sí existan referencias no aisladas acerca de su producción o acaecimiento.

Además, hemos desvinculado la falta o insuficiencia de consentimiento informado, de la existencia de mala praxis, pues el defecto o insuficiencia en el consentimiento constituye, en sí mismo, mala praxis. Así lo acabamos de afirmar en nuestra sentencia de fecha 30 de septiembre de 2011, recurso 3536/2007 y las que en ella se citan».

En definitiva, como recuerda a modo de resumen la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 17 de marzo de 2016, la doctrina jurisprudencial que se refleja en las Sentencias del Tribunal Supremo como la de 4 de diciembre de 2009, de 20 de noviembre de 2012, 21 de diciembre de 2013, o 30 de abril de 2013, concluyen que:

1) El defecto del consentimiento informado es considerado por la jurisprudencia como incumplimiento de la *lex artis* en cuanto constituye una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario.

2) No todo incumplimiento del consentimiento informado comporta responsabilidad, pues para ello se requiere que se haya ocasionado un resultado lesivo, de manera que la intervención enteramente satisfactoria y sin daño alguno puede llegar hacer inocua la falta de consentimiento, pese a su inadecuación a la ley, en relación con la lesión o daño corporal o material producido.

3) Pero si existe secuela previsible, pese a ajustarse la intervención a la *lex artis*, la falta de consentimiento informado comporta un daño moral, susceptible de resarcimiento. Se exceptúan de indemnización y reproche los casos de actuaciones médicas conformes con la *lex artis* en las que se origina un resultado dañoso por un riesgo atípico, imprevisible o de fuerza mayor, supuesto en el que la jurisprudencia entiende que se rompe el nexo causal entre la prestación del servicio y el resultado dañoso.

4) A falta del documento relativo a su prestación, incumbe a la Administración por inversión en la carga de la prueba la acreditación sobre el cumplimiento de las formalidades que exige el consentimiento informado, que comprenden, entre otros aspectos, no sólo los riesgos inherentes a la intervención sino también los posibles tratamientos alternativos.

5) En caso de daño derivado de la falta o insuficiencia de consentimiento informado sobre riesgos típicos, descritos como habituales en la literatura médica común, ha de determinarse una indemnización con referencia al derecho del paciente a obtener la información esclarecedora, debiendo ponderarse sólo el monto de una indemnización que responda a la privación de aquel derecho y de las posibilidades que, en otro caso, se tenía.

La Sala 3.ª del Tribunal Supremo en su Sentencia 1226/2020, de 30 de septiembre, Recurso: 2432/2019, sostuvo lo siguiente:

« (…) La jurisprudencia ha evolucionado, sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2011, "desde una postura que reputaba el defecto o la omisión del consentimiento informado como constitutivo, en sí mismo, de un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención y por tanto indemnizable independientemente y en todo caso, hacia otra postura que afirma como "regla o principio que la mera falta o ausencia de aquél no es indemnizable si no concurre el elemento de la relación causal entre el acto médico y el daño constatado (así, entre otras, las sentencias de 26 de marzo de 2002, 26 de febrero de 2004, 14 de diciembre de 2005, 23 de febrero de 2007, 1 de febrero y 19 de junio de 2008, o las de nuestra Sala Primera, de lo Civil, de 23 de octubre de 2008 y30 de junio de 2009)". En el mismo sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008, con cita de la de uno de febrero de 2008, vino a declarar al efecto que "el defecto del consentimiento informado se considera un incumplimiento de la "lex artis" y supone una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario siempre que se haya ocasionado un resultado lesivo como consecuencia de las actuaciones médicas realizadas sin tal consentimiento informado", por lo que la ausencia de ese resultado lesivo impide que pueda apreciarse una infracción de la "lex artis" por falta o deficiencia de consentimiento informado. También en la sentencia del Tribunal Supremo de 23 de febrero de 2007, por remisión a la de 26 de febrero de 2004, se declaraba que "aun cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis ad hoc, no es lo menos que tal mala praxis no puede per se dar lugar a responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente y así lo precisa la sentencia de veintiséis de marzo de dos mil dos , que resuelve recurso de casación para unificación de doctrina en la que afirma que para que exista responsabilidad es imprescindible que el acto médico se deriva un daño antijurídico porque si no se produce éste la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad", siendo de señalar, por último, que en la ya referida sentencia de 23 de octubre de 2003, de la Sala Primera del Tribunal Supremo , se sostuvo que "la denuncia por información deficiente resulta civilmente intrascendente cuando no existe ningún daño vinculado a su omisión o a la propia intervención médica; es decir, no genera responsabilidad civil (SS., entre otras, 21 de diciembre de 2006 , núm. 1.367 , y 14 de mayo de 2008, núm. 407)".

Así en la sentencia de este Tribunal Supremo de 26 de febrero de 2004 se afirma: "aún cuando la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis ad hoc, no lo es menos que tal mala praxis no puede per se dar lugar a responsabilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente y así lo precisa la sentencia de 26 de marzo de 2002 que resuelve recurso de casación para unificación de doctrina en la que se afirma que para que exista responsabilidad es imprescindible que del acto médico se derive un daño antijurídico porque si no se produce éste la falta de consentimiento informado no genera responsabilidad". (…) ».

En el presente caso se ha producido un incumplimiento por parte de la Administración sanitaria de su obligación legal de informar a la reclamante sobre los riesgos y alternativas a la intervención quirúrgica practicada.

Contrariamente a lo que se recoge en la Propuesta de Resolución, y aunque en la historia clínica y en el Informe del SIP se hace mención a que se informó a la reclamante, lo cierto es que no consta que se informara con claridad y precisión a la paciente sobre los riesgos personales que concurrían en su caso como consecuencia directa de sus antecedentes personales, al presentar un síndrome adherencial severo que dificultaba enormemente la práctica de la cesárea e incrementaba, en consecuencia, el riesgo de que se produjesen efectos lesivos no deseados, entre ellos, la perforación intestinal que derivó en peritonitis aguda que padeció.

No consta en el documento de consentimiento informado (DCI) firmado por la reclamante los riesgos de la intervención a la que fue sometida y que finalmente acaecieron, ni tampoco loas inconvenientes de no efectuarla, si tal eventualidad llegó a ser posible; ello muestra una actuación alejada de las buenas prácticas que regulan la obtención y custodia del consentimiento informado y, por tanto, de la *lex artis ad hoc*.

En efecto, en el DCI firmado por la reclamante se hace constar en el apartado 3, *«Complicaciones y/o riesgos y fracasos»,* lo siguiente:

«Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardipatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada (…) etc.), lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

La cesárea no está exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que de una modalidad de parto se trata), tales como: hemorrafia, atonía uterina, endometritis, que ocasionalmente pudieran derivar en otras más graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada, y por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son: fiebre, infección de la herida, seromas y hematomas, afecciones de vías urinarias, dehiscencia y/o eventración posquirúrgica.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada».

Como se puede advertir, el DCI se encuentra redactado en unos términos muy vagos, genéricos e imprecisos, y no contempla como posible riesgo o complicación de

la cesárea la perforación de órganos -en este caso, el intestino-, ni la peritonitis, ni consta tampoco que en momento alguno se le advirtiera de ellos verbalmente a la reclamante.

Pero, es más, en el apartado 4 del DCI se hace constar expresamente: «Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como cesárea iterativa».

La propia cesárea iterativa no se puede considerar en sí misma un riesgo o complicación, por lo que en este apartado procedía consignar en detalle las consecuencias físicas que de tal cesárea iterativa le pudieran deparar a la reclamante. Sin embargo, en el DCI hubo una completa omisión en la identificación de tales riesgos y complicaciones, desconociéndose u omitiéndose cuáles podrían ser y en qué medida se podrían incrementar tales riesgos como consecuencia de las particularidades de la paciente.

Es decir, en el presente caso no ha quedado probado que la paciente fuera informada suficientemente de los riesgos de la cesárea iterativa. Si bien en la historia clínica se reseñan actos de información a la reclamante previos a la cirugía, tales elementos no constituyen ni prueba ni indicio suficientes para considerar acreditado, con exclusión de otras posibilidades igualmente razonables, que la paciente conocía los concretos riesgos que asumía con la práctica de la cesárea u otros del proceso de alumbramiento, por lo que no es posible tener por probado que se le hubiese garantizado cabal y completamente la información que está en la raíz de su derecho a la libre determinación.

El daño derivado de la falta de información, tras constatarse el resultado de las actuaciones médicas realizadas sin tal consentimiento informado -perforación intestinal y peritonitis aguda-, constituye una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario y un daño moral que afecta al derecho a la autonomía del paciente, y que la jurisprudencia califica como incumplimiento de la *lex artis,* con independencia de que no lo sea la actuación asistencial directa -en el parto y después no sea ella. Por lo tanto, la Propuesta de Resolución, en cuanto desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial instada por (…), se considera que no es conforme a derecho.

No está de más, en el parecer del Consejo, hacer notar -como hemos hecho en algún caso anterior- que el conocimiento recibido por la gestante y sus preferencias o deseos para el alumbramiento, además de la Historia Clínica propiamente dicha y los documentos previstos en la repetida Ley 41/2002 (art. 15, sobre contenido de la

historia), viene teniendo una relevancia cada vez mayor el documento llamado Plan de Parto, al que el propio TS se ha referido:

«En este sentido, alcanza especial importancia el denominado «plan de parto», documento que goza de mayor tradición en los países anglosajones, pero que comienza a generalizarse en el nuestro, y que es presentado a la mujer gestante, por el centro hospitalario en el que va a ser atendida, para expresar sus expectativas y preferencias, por lo que adquiere notoria importancia para evaluar la compatibilidad de las actuaciones medicas realizadas con la voluntad de la gestante, relevancia que igualmente alcanzan las anotaciones efectuadas en la historia clínica sobre la información dispensada en el proceso de la asistencia médica recibida, en los términos del art. 4.1 de la Ley 41/2002, que, aunque sea verbal, deberá dejarse constancia de ella en tan fundamental documento clínico, sin perjuicio de su obtención por escrito cuando sea procedente».

LA importancia que debe concederse a dicho documento clínico fundamental también se resalta por la SEGO, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que en uno de sus Protocolos (2010) para el parto tras cesárea, dice que «*El consentimiento informado, preferentemente con documento escrito, es muy importante en el plan de parto de la mujer con cesárea previa*».

En el expediente que se dictamina no consta que se hubiera utilizado este recurso sanitario, que es objeto de regulación y difusión por las autoridades sanitarias, y que permita tener constancia tanto de la información que se facilita a la gestante y de sus preferencias o deseos para las incidencias del parto.

No es posible saber si no se formalizó y cumplimento en este caso, o no se ha hecho mención del mismo pero, en todo caso, su falta no ayuda a disipar la conclusión de que la información facilitada a la reclamante no fue ajustada a lo legalmente exigido.

8. La indemnización por el daño moral derivado de la falta de consentimiento informado

Una vez determinado que la falta de consentimiento informado es indemnizable porque existe un resultado dañoso conectado causalmente con una actuación médica, aunque esta sea conforme a la *lex artis*, procede examinar qué concepto se indemniza.

La jurisprudencia considera que debe ser indemnizado el daño corporal cuando pueda entenderse razonablemente que el paciente pudiera no haberse sometido a la intervención de haber sido informado correctamente de los riesgos, lo que no puede

afirmarse en el presente caso. Por tanto, salvo supuestos excepcionales, entre los que no se halla el presente, el importe de la indemnización no se equipara a la que correspondería por la reparación del daño material resultante de la asistencia sanitaria, aunque el mismo pueda ser tenido en cuenta junto a otras circunstancias.

En efecto, en el presente caso, la única posibilidad de parto era abdominal, por lo que la realización de la cesárea era obligada, no existiendo otra opción médica que pudiera ser decidida por la reclamante, ya que la opción vaginal era físicamente inviable. Por ello, consideramos que a (…), por esa falta de información, se le produjo un daño moral autónomo pero distinto y ajeno al daño corporal derivado de la propia intervención.

En orden a la indemnización del daño moral, la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de marzo de 2011 vino a declarar que ha de tenerse en cuenta que el resarcimiento del daño moral por su carácter afectivo y de *pretium doloris*, carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso.

Entre ellas, además de la entidad del daño, habrán de ponderarse, a título de ejemplo y según los casos: si la asistencia ha sido necesaria y curativa u opcional y satisfactiva; el estado de salud del paciente antes y después de la asistencia sanitaria; la ausencia completa o la insuficiencia de información o del consentimiento informado; el porcentaje de posibilidad o probabilidad de producción del riesgo o complicación; la entidad de la omisión y la trascendencia práctica del defecto en relación al resultado, o, si solo se ha tratado de una vulneración formal del derecho de información, sin relevancia material, lo que es tanto como si los riesgos sobre los que no se informó se produjeron finalmente, o no; la edad en el momento de la intervención, actividades, formación y situación familiar del paciente; las repercusiones personales y económicas de las lesiones para su vida futura; las opciones disponibles, es decir, en qué medida existía la posibilidad real y razonable de elegir entre someterse al tratamiento o al procedimiento quirúrgico o desistir del mismo; y el daño o situación final del paciente.

De ello resultará una cantidad inferior a la reclamada, que el SCS, conocedor de los parámetros expuestos en el párrafo anterior, habrá de precisar de modo razonable y razonado.

Estas circunstancias habrán de valorarse para el cálculo de la indemnización que corresponde a la reclamante en concepto de daño moral, debiendo tenerse en

cuenta, asimismo, tal como ha quedado acreditado en el expediente administrativo, que no constan secuelas permanentes de carácter ya que la reclamante no requiere seguimiento médico periódico, fue dada de alta por el Servicio de Cirugía General y Digestiva, y no precisa tratamiento crónico ni restricciones dietéticas o de hábitos, tolerando dieta normal.

Asimismo, la cantidad objeto de la indemnización deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, de conformidad con lo establecido en el art. 34.3 LRJSP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación sanitaria de la interesada no se considera conforme a Derecho, por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV del presente Dictamen.