Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de junio 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. 202/2026 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

Solicitud, cuantía de la reclamación, legitimación y carácter preceptivo del dictamen

1. Mediante oficio de fecha 12 de mayo de 2026 (con registro de entrada en este Organismo al día siguiente), se solicita, por la titular de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, solicita dictamen sobre la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, respecto de la reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual, formulada por (...)

2. El importe de la indemnización de 100.049,47 euros, determina que el Consejo Consultivo de Canarias deba emitir dictamen.

Y, a la titular de la Consejería de Sanidad solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (en adelante, LCCC), en relación con la Disposición final sexta, apartado dos de la Ley 5/2024, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2025 y con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPACAP).

[*] **Ponente: Sr. de Millán Hernández.**

3. Resultan de aplicación, en el presente expediente 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. En cuanto a la legitimación activa, en el presente procedimiento 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 se reclama [art. 4.1.a) LPACAP].

Además, actúa debidamente representada por letrado (art. 5 LPACAP).

En lo que se refiere a la legitimación pasiva, le corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

Competencia, cumplimiento del plazo para reclamar y retraso en el de resolver

5. En cuanto a la competencia para tramitar y resolver el procedimiento corresponde a la Administración autonómica, actuando mediante el Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) LOSC.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le 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 deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

7. La reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año establecido en el art. 67 LPACAP, pues se presenta el día 8 de mayo de 2023 respecto de un daño que quedó determinado el día 14 de mayo de 2022, por lo que la reclamación no se encuentra prescrita.

8. 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).

II

Objeto de la reclamación de responsabilidad patrimonial

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 Servicio Canario de la Salud, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital General de La Palma -en adelante, HGLP-.

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

«PRIMERO.- En fecha 9 de mayo de 2022 encontrándome embarazada de 29 semanas con diagnóstico de embarazo moderado riesgo IC tipo I, acudí por mis propios medios al servicio de urgencias de los Hospital General de La Palma, ya que apreciaba una disminución de los movimientos fetales desde el día 8 de mayo. Tras la realización en el servicio de urgencias de ITC por el ginecólogo de Guardia decidieron darme el alta y citar para el día siguiente, esto es el 10 de mayo de 2022 para realizar una ecografía a los efectos de valorar líquido amniótico y Doppler obstétrico.

SEGUNDO.- El día 10 de mayo de 2022 nuevamente me dirigí Hospital General de La Palma habida cuenta de que tenía programada una consulta en ginecología para valorar los lo sucedido en el día anterior. Tras la realización de la prueba se objetivó líquido amniótico disminuido y se me recomendó reposo relativo físico y sexual, marchándome posteriormente del citado Hospital y sin ninguna otra prueba que me hubieran realizado. Tan solo me dieron cita en 48 horas a efectos de una nueva valoración.

TERCERO.- Al no presentar mejoría, siendo que cada vez notaba menos los movimientos fetales y dado que se había programado la cita en ginecología y Obstetricia me dirigí el día 12 de mayo nuevamente al hospital general de La Palma.

Toda vez que me realizaron la ecografía a los efectos de valorar la disminución de los movimientos fetales y la disminución del líquido amniótico, se me informa por el equipo de ginecólogos que existe ausencia de latido cardiaco por lo que en ese momento me doy cuenta que he perdido a mi hija. A partir de ahí se inicia el protocolo para finalizar la gestación y me ofrecen el ingreso voluntario en el Hospital General de La Palma, lo cual acepto.

CUARTO.- El día 14 de mayo de 2022 a las 14:15 horas se produjo la expulsión en bloque del feto y el día 16 de mayo de 2022 me dieron el alta hospitalaria.

QUINTO.- Entiendo que el tratamiento realizado por el equipo del departamento de ginecología y Obstetricia desde el día 9 de mayo de 2022 no fue el adecuado, ya debido a la negligencia y mala praxis del equipo de Ginecólogos realizada desde el momento en que se conoció la falta de movimientos fetales y la disminución del líquido amniótico, conllevó a la pérdida de mi hija, ya que los medios propuestos tras conocerse la situación descrita no fueron los adecuados, debido a que si no me hubiesen dado el alta en urgencias el día 9 de mayo no se hubiera producido la fatídica pérdida del día 12 de mayo de 2022, máxime cuando volví a personarme para las oportunas pruebas el día 10 de mayo del mismo año y ante la falta de líquido amniótico no se tomaron las medidas oportunas para que no se hubiese producido la falta de latido y por ende la pérdida de mi hija.

El protocolo previsto para los casos como el mío no se cumplieron en aras de evitar la pérdida del feto y todo ello debido a una mala praxis negligencia y falta de atención ante un problema existente con la importancia que presentaba, ya que de haber sido ingresada ese mismo día se hubiera controlado mejor la gestación, no dando lugar a la pérdida comentada.

SEXTO.- Durante todo este tiempo he desarrollado debido a la evolución del proceso un síndrome ansioso depresivo por el cual recibo tratamiento farmacológico.

SÉPTIMO.- En definitiva, ha existido una clara y reiterada negligencia médica que da lugar a la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

(...) ».

2. En el presente asunto, además, es preciso reproducir las conclusiones que obran en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del Servicio Canario de la Salud (SIP) de fecha 21 de julio de 2025, emitido con ocasión del presente expediente de responsabilidad patrimonial.

« (...) 1.- Se trata de paciente de 25 años, primigesta con embarazo espontáneo que, en su seguimiento por el Servicio de Obstetricia del UGLP, en ecografía selectiva de la semana 20, si bien, había mala visibilidad por su obesidad, ya se detecta según biometría, un feto pequeño. Ante hallazgo se le hace seguimiento cada dos semanas para control de biometría fetal y ecocardiografía.

2.- Se considera un feto pequeño para edad gestacional (PEG) el que tiene un peso fetal estimado (PFE) inferior al percentil 10 y mayor al percentil 3 para edad gestacional (EG) con estudio Doppler dentro de la normalidad. Se define el CIR (crecimiento intrauterino retardado) como: la presencia de un PFE inferior al percentil 3; o la presencia de PFE inferior al percentil 10 con alteración del flujo cerebro-umbilical o de las arterias uterinas.

3.- Siguiendo las recomendaciones actuales, ya desde la semana 20 se le solicita estudio:

- Para descartar infecciones fetales se solicita estudio analítico con serologías TORCH (microrganismos cuya presencia puede causar retraso en el crecimiento del feto). Se indica proteinuria de 24 horas para descartar preeclampsia precoz, así como toma de la tensión arterial domiciliaria. Ya desde esa consulta se le explica que puede ser necesario la indicación de estudio genético para descartar causa genética de alteración del crecimiento precoz.

4.- En su seguimiento, en nuevo control en la semana 25+5 de gestación, en exploración ecográfica con biometría se constata feto CIR (crecimiento intrauterino retardado, con estudio doppler normal (este estudio evalúa el flujo sanguíneo a nivel umbilical, la circulación uterina, así como la circulación cerebral y cardíaca fetal).

5.- Ante diagnóstico de feto CIR, de forma adecuada se le remite a centro de referencia en Tenerife (Hospital Universitario de Canarias -HUC) para su valoración, donde fue valorada el 25/04/22, teniendo 26+1 semanas de edad gestacional. En esta consulta, dado que se desconoce la causa del CIR, se le ofreció estudio genético mediante amniocentesis, pero la paciente rechazó dicho estudio.

6.- En nuevo control en la Unidad de Ecografía, en la semana 27 de gestación, sigue siendo un feto CIR, constatándose normales tanto el estudio Doppler como el líquido amniótico. Aunque la paciente rechazaba estudio genético, queda programada una nueva consulta en el Servicio de Obstetricia del HUC, para nueva valoración el 19/05/23.

7.- Una semana después, en la semana de gestación 28 (09/05/22), acude al Servicio de Urgencias del HULP, por disminución de movimientos fetales. En la entrevista queda recogido que siente los movimientos fetales. En la valoración realizada por Ginecología de Guardia, Se realiza Ecografía transabdominal, (ECO TAB), apreciándose feto único activo, podálico, líquido amniótico disminuido/oligoamnios? (imagen que sugiere líquido amniótico normal-disminuido). Placenta fúndica anterior lateralizada a la izquierda grado II. Biometría con una CA (circunferencia abdominal) de 213 mm, que se corresponde con edad gestacional de 25+4 semanas (feto CIR). Queda citada para nueva valoración al día siguiente.

8.- En su valoración al día siguiente con biometría mediante ecografía y estudio doppler, se aprecia un feto CIR tipo I con oligoamnios leve (líquido amniótico levemente disminuido) y doppler con redistribución de la cerebral media (mecanismo compensatorio del flujo sanguíneo cerebral asociado al crecimiento intrauterino retardado).

9.- Según las recomendaciones de los protocolos del CIR vigentes actualmente, las visitas de seguimiento para control de estudio doppler se adaptarán al grado de afectación fetal:

PEG (pequeño para edad gestacional): cada 2-3 semanas

CIR estadío I: cada 1-2 semanas

CIR estadío II: cada 2-4 días

CIR estadío III: cada 24-48 horas

CIR estadío IV: cada 12 a 48 horas

10.- En su caso, y conforme al informe del Servicio de Obstetricia, considerando un CIR estadio II, según las características observadas, y en aplicación del protocolo vigente antes expuesto, se programa nuevo control en las 48 horas siguientes. Esto se hace para hacer un seguimiento con doppler de las alteraciones, y en caso de incremento, administrar maduración pulmonar y remitir a centro con atención de prematuros. También en este punto se actuó conforme a protocolo, en el cual ante un CIR II, la maduración pulmonar se realiza a partir de las 31 semanas, no siendo este su caso, al encontrarse la gestante en la semana 28, lo que, además, traduciría una muy baja oportunidad de supervivencia, y aún menos, de hacerlo sin secuelas, tratándose de un gran prematuro con un CIR añadido.

11.- Siguiendo el protocolo, la paciente vuelve a ser valorada en consulta a las 48 horas. En Eco doppler se constata ausencia de latido cardíaco fetal y oligoamnios absoluto. En su caso el protocolo ante CIR, se había cumplido, su seguimiento había sido el indicado, sin que hubiera criterios para actuar de otra manera, considerando, además, que la patología fetal no estaba bien filiada dado la negativa de la madre a realizarse el estudio genético.

12.- Se concluye que, al Sistema Sanitario se le exige la responsabilidad de aplicar el nivel de cuidados de acuerdo con el desarrollo actual de la ciencia médica, pero no se le puede exigir garantía de resultados, dado que la medicina no es una ciencia exacta en la que intervienen numerosos factores no controlables.

13.- En este caso, se emplearon los medios adecuados para el control materno-fetal durante la atención del embarazo y se actuó con la debida diligencia en todas las ocasiones, por lo que no se puede establecer una relación de causalidad directa entre la actuación de los profesionales y el resultado final, ni el mismo puede atribuirse a una mala praxis.

14.- Se emite informe desfavorable».

III

Sobre la tramitación de la reclamación de responsabilidad

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

- El procedimiento comenzó mediante la presentación el día 8 de mayo de 2023 del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuada por (...), en el ámbito del Servicio Canario de la Salud.

- Con fecha 17 de mayo de 2023 se requirió a la reclamante para que subsanara su reclamación, mediante la acreditación de la representación de su letrado; así como, para que propusiera los medios probatorios que estimara convenientes.

- Mediante Resolución de la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud n.º 2725/2023, de 14 de julio, se resuelve admitir la reclamación de responsabilidad patrimonial, así como realizar cuantos actos fueran necesarios para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales deba pronunciarse la Resolución o, en su caso, el acuerdo indemnizatorio que ponga fin al procedimiento.

- Con fecha 13 de julio de 2023 se solicita informe al SIP a los efectos de que concrete las lesiones producidas y la presunta relación de causalidad entre dichas lesiones y la actuación del servicio público sanitario y, en su caso, la cuantificación de la indemnización procedente.

- Con fecha 21 de julio de 2025 se remite informe del SIP, así como copia de la Historia Clínica tanto de Atención Primaria (Área de Salud de La Palma), como Especializada (HGLP), e Informe emitido por el Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del HGLP.

- Con fecha 14 de agosto de 2025 se requiere a la reclamante para que aporte:

«.- Acreditación de la representación que ostenta (...) mediante cualquier método válido en Derecho (poder notarial o mediante apoderamiento electrónico). Hasta entonces, las notificaciones se tendrán exclusivamente con la reclamante a través de la dirección señalada.

.- Medios probatorios que estime convenientes para la mejor defensa de su derecho».

- Con fecha 5 de septiembre de 2025 la reclamante presenta escrito solicitando copia íntegra del expediente administrativo.

- Con fecha 17 de septiembre de 2025 la reclamante presenta nuevo escrito acreditando la representación de su letrado y proponiendo prueba pericial.

- Con fecha 26 de septiembre de 2025 se requiere a la reclamante para que aporte:

«.- Acreditación de la representación que ostenta (...) para actuar en la vía administrativa. El apud acta presentado acredita la representación para actuar únicamente en vía judicial

.- Informe pericial señalado en el mencionado escrito».

- Con fecha 12 de noviembre de 2025 por la interesada se presenta escrito acreditando la representación letrada y manifestando su intención de aportar el informe pericial.

- Con fecha 14 de noviembre de 2025 se requiere nuevamente a la interesada para que acredite debidamente la representación de su letrado, lo que es verificado con fecha 15 de enero de 2026 mediante escrito al que adjunta Informe médico pericial de idéntica fecha, emitido por las Dras. (...) y (...), en el que se establecen la siguiente conclusión final:

« (...) En virtud del análisis practicado, se concluye que la atención prestada en el tramo final de la gestación de (...) incumplió la lex artis: pese al diagnóstico de crecimiento intrauterino severo (p<3) y la concurrencia de factores de riesgo maternos y fetales (vasodilatación cerebral, oligohidramnios y disminución de movimientos fetales), no se adoptaron las medidas de vigilancia intensiva exigibles ni se practicó la monitorización mediante registro cardiotocográfico prescrita por las guías y protocolos nacionales e internacionales desde la semana 26 en casos de RCIU; la decisión de alta domiciliaria los días 9-10 de mayo de 2022, en lugar de ingreso con control ecográfico estricto, RCTG o de alta frecuencia, administración de corticosteroides y preparación para extracción urgente, constituye una actuación negligente que impidió la detección de signos premonitorios de insuficiencia placentaria masiva (infartos/trombosis) en la frecuencia cardiaca fetal; existe, por tanto, una relación causal directa entre la omisión del ingreso y la vigilancia hospitalaria y el desenlace de muerte intrauterina, por lo que el hecho examinado reúne los elementos de mala praxis por imprudencia en la valoración del riesgo y omisión de socorro terapéutico oportuno».

- Con fecha 19 de febrero de 2026 se remite al SIP el anterior Informe pericial, a fin de que emita informe complementario.

- Con fecha 27 de marzo de 2026 por el SIP se remite Informe complementario, al que se acompaña Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGLP, en el que se formulan las siguientes manifestaciones:

« (...) 1.- En la semana 20, ya se aprecia un feto pequeño en ecografía selectiva realizada. Desde ese momento se le realizan estudio analítico con serologías TORCH para descartar infecciones que pueden causar alteraciones y defectos congénitos al feto, también se realiza proteinuria de 24 horas, y se indican tomas de la tensión arterial para descartar hipertensión arterial/preeclampsia precoz/nefropatía. Todo ello, se realizó conforme a las normas y resultó normal.

2.- Se le realiza seguimiento cada dos semanas, constatando en la semana 25+5 (22/04/22), feto CIR (crecimiento intrauterino restringido o retardado) precoz, remitiéndose

a centro hospitalario de referencia (Complejo Hospitalario Universitario de Canarias -CHUC), para valoración y manejo.

3.- En fecha 25/04/22, con 26+1 semanas de gestación, es valorada en el CHUC. En dicha valoración con ecografía dopplers, se informa como feto en P6 (percentil 6), líquido amniótico normal, cordón umbilical y placenta son normales, sin evidencia de anomalías morfológicas fetales mayores, siendo el estudio dopplers con todos sus parámetros normales.

4.- Descartados los factores de riesgo gestacional comunes según el propio esquema aportado en informe del servicio de Obstetricia (hipertensión, preeclampsia, infecciones, malnutrición, consumo de drogas, embarazo múltiple, anomalías estructurales visibles (...)), se le plantea realizar estudio genético mediante amniocentesis para descartar causa genética del CIR, pero la paciente lo rechazó, y nuevo control posterior.

5.- De la información anterior se desprende que, tenía un adecuado seguimiento teniendo en cuenta sus propios factores de riesgo (obesidad, esterilidad primaria -la pareja no había conseguido gestación previamente, con embarazo espontáneo actual), y se estaban realizando los estudios normalizados descartándose hasta ese momento que la causa estuviera relacionada con otros factores de riesgo o alteraciones que favorecen la aparición de CIR, si bien la paciente había rechazado realizarse el estudio recomendado que descartaría el factor genético como causa de dicha alteración, diagnósticos genéticos que estaban disponibles, permitiendo encontrar anomalías que influyen en el manejo y en el pronóstico de un embarazo CIR.

6.- Según la evidencia científica, las anomalías cromosómicas se reportan en hasta un 19% de los fetos CIR, siendo las aneuploidías, las más comunes. Actualmente con el avance de los métodos genéticos moleculares se ha incrementado el porcentaje de aberraciones cromosómicas detectadas, pudiendo diagnosticarse otras anomalías cromosómicas raras.

En diagnósticos prenatales invasivos, utilizando técnicas actuales como lo es el análisis de microarrays cromosómicos (CMA), estudios como el de Tzadikevitch et al., han evidenciado una tasa global de aberraciones cromosómicas significativamente mayor en todos los casos de CIR, en comparación con grupo control de embarazos normales.

7.- El estudio de An y coautores, se considera relevante para entender la importancia de las pruebas genéticas avanzadas en embarazos con CIR, que no presentan anomalías estructurales (malformaciones) concomitantes visibles en la ecografía. En el estudio se evaluaron 127 casos con estas características, detectándose anomalías cromosómicas en el 9,4%, es decir, 12 de los casos; siendo la tasa de detección similar independientemente de la edad gestacional en el momento del diagnóstico. Este estudio pone de relieve que, aunque no se evidencien anomalías estructurales, el retraso en el crecimiento por si solo, justifica realizar el estudio genético, dado que aproximadamente un caso de cada 10, tiene una causa genética oculta.

8.- Otros estudios como el de Peng et al., fundamental en la práctica clínica, reveló que cuanto antes se manifiesta el CIR, mayor es la probabilidad de que la causa sea genética, siendo la tasa de detección de anomalías cromosómicas superior en el CIR precoz o inicio temprano - antes de la semana 32 (7%), que en el CIR tardío o posterior a la semana 32 (1,8%). Este estudio también reveló correlación directa entre la tasa de anomalías cromosómicas y la severidad del CIR, con una tasa de anomalía del 7,8% en fetos con peso fetal estimado (PFE) por debajo del percentil 10, del 10% en aquellos fetos por debajo del percentil 5, y hasta del 18% en fetos por debajo del percentil 3.

9.- Tanto el momento de la detección del CIR precoz antes de la semana 32, como el peso estimado del feto en el percentil 6 (semana 26 de gestación) eran razones de peso que justificaban la realización de estudio genético, en tanto cuanto antes se manifiesta el CIR y cuanto más pequeño sea el feto es más alta la probabilidad de que existan anomalías genéticas, anomalías cuyo conocimiento es determinante dado que el diagnóstico genético determina no solo el pronóstico sino también las estrategias de manejo de la gestante con CIR, en tanto permite conocer la complejidad de la situación no solo presente sino también de cara a futuro, siendo conocido que si la restricción del crecimiento fetal de inicio temprano es el resultado de anomalías cromosómicas, puede estar asociado con malos resultados obstétricos, sin embargo la gestante rechazo la realización de dicho estudio tanto prenatal como posterior al parto, lo cual no solo pudo ser determinante en el resultado de esta gestación sino que puede incidir en resultados de embarazos futuros.

10.- Asimismo, en cuanto a la vigilancia, luego de su visita de control de gestación el 25/04/22, en el hospital de referencia (CHUC), si bien se le había indicado nuevo control en tres semanas en dicho hospital, a la paciente se le realizaron en su hospital habitual (HGLP) ecografías los días 2, 9 y 10 de mayo/2022, constando la presencia de CIR en estadio I con conservación de Ip (índice de pulsatilidad) de arteria umbilical y alteración del ratio cerebroplacentario (fase de compensación del flujo sanguíneo cerebral), quedando constancia en informe del servicio de Obstetricia que, al no llegar según criterios al estadio II, en tanto no se constata ausencia de flujo diastólico (IP arteria umbilical conservado), ni presentar flujo reverso diastólico en arteria umbilical o alteración del ductus venoso, como se hacer ver en el informe de parte, fue la razón que motivó que no se pautaran corticoides para maduración fetal, indicación que estaba desaconsejada según los protocolos del Clinic para defectos del crecimiento fetal vigentes en ese momento (última actualización hasta ese momento en mayo/2019).

11.- Con respecto a la cardiotocografía (CTG), según el informe de Obstetricia y bibliografía aportada, el protocolo vigente en ese momento recomendaba la CTG a partir del estadio II de CIR y semana 26, estadio al que la paciente no llegó, según queda documentado (tanto en consulta de fecha 10/05/22, como en informe complementario de Obstetricia), si bien se le realizó seguimiento con eco-doppler a las 48 horas (protocolo vigente en ese momento para seguimiento de estadio II), con la finalidad de detectar cualquier cambio que

indicara criterios de ese estadio o superior y/o de cualquier otra actuación diagnóstico-terapéutica. También en dicho informe se aclara, que un resultado reactivo en una prueba de CTG, prácticamente excluye la hipoxemia fetal, pero se puede tener un registro CTG normal y en el siguiente registro detectar un exitus fetal; por tanto, la realización de dicha prueba no garantiza que el resultado hubiera sido distinto.

12.- En este caso, dado la renuncia de la propia paciente no se le pudo realizar estudio genético ni tampoco estudio de trombofilia recomendado dado los hallazgos encontrado en la necropsia y sus antecedentes hematológicos familiares. El hecho de que no se realizara un adecuado estudio, elegido por la paciente, traduce que se respetó su decisión y libre autonomía como indican las normas, pero de ello también se desprende que su decisión implicó el desconocimiento de la causa, que se sospechó tuviera origen en una anomalía genética, anomalía cuyo conocimiento es fundamental dado que el diagnóstico genético determina las estrategias de manejo de la gestante con CIR y su pronóstico, que puede estar asociado a malos resultados obstétricos, incluso con alta tasa de mortalidad o de discapacidad en algunos síndromes genéticos, es decir, la propia actitud de la paciente influyó en su manejo, sin que pueda establecerse un nexo causal entre las actuaciones de los obstetras y el exitus fetal, manejo y seguimiento que se realizó según la evidencia científica y protocolo vigente en ese momento (protocolo del BCN Natal de defectos del crecimiento fetal actualizado por última vez antes de los hechos referenciados, el 15/05/2019), no con el posterior, al que se hace alusión en el informe pericial, destacando además, que se trataba de una gestación de 28 semanas con crecimiento intrauterino severo precoz con prematuridad extrema, con una tasa elevada de mortalidad 10-15%, y de secuelas 15%, en los mejores centros del mundo.

13.- Se concluye que, al Sistema Sanitario se le exige la responsabilidad de aplicar el nivel de cuidados de acuerdo con el desarrollo actual de la ciencia médica, pero no se le puede exigir garantía de resultados, dado que la medicina no es una ciencia exacta en la que intervienen numerosos factores no controlables.

14.- En este caso, se emplearon los medios adecuados para el control materno-fetal durante la atención del embarazo y se actuó con la debida diligencia en todas las ocasiones, por lo que no se puede establecer una relación de causalidad directa entre la actuación de los profesionales y el resultado final, ni el mismo puede atribuirse a una mala praxis.

15.- Se emite informe desfavorable».

- Con fecha 15 de abril de 2026, se dicta Acuerdo sobre periodo probatorio, admitiéndose como pruebas la documental y la pericial.

- Con fecha 15 de abril de 2026 se acordó el preceptivo trámite de audiencia a la interesada sin que formulara alegaciones.

- 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 presente supuesto no se recabó el informe de los Servicios Jurídicos por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

- Con fecha 11 de mayo de 2026 se emite Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación formulada por la interesada.

IV

Acerca de la necesidad de completar los informes del expediente de reclamación

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que no concurren los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud.

2. En el presente supuesto, la interesada solicita que le sea reconocida una indemnización por la eventual deficiente asistencia sanitaria dispensada en relación con su embarazo los días 9 y 10 de mayo de 2026 por el Servicio de Ginecología del HGLP.

Una vez examinado el contenido del expediente de responsabilidad patrimonial remitido a este Consejo Consultivo de Canarias se advierte la existencia de diversas circunstancias en su tramitación que impiden entrar a analizar la adecuación jurídica del fondo del asunto.

En primer lugar, consta en la Historia Clínica que, una vez diagnosticado el CIR en el feto, la reclamante fue valorada y tuvo seguimiento de su embarazo por el Hospital Universitario de Canarias. Sin embargo, no consta aportada al expediente administrativo remitido a este Organismo consultivo la Historia Clínica de la reclamante relativa a su valoración y seguimiento por el Hospital Universitario de Canarias, requiriéndose, mediante el presente Dictamen, a la Administración sanitaria para que proceda a su remisión.

En segundo lugar, en el Informe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGLP de fecha 16 de agosto de 2023 se hace constar lo siguiente « (...) *Se cita nuevamente en ecografía para biometría y estudio Doppler el día siguiente, siendo valorada encontrándose un feto CIR tipo I con oligoamnios leve y Doppler con redistribución de la cerebral media. Motivo por el cual se la cita en 48h según las*

recomendaciones de los protocolos vigentes actuales del CIR, cuya referencia se adjunta». Es de destacar que la referencia que se adjunta es, simplemente, «*Protocolos de defectos del crecimiento fetal Clinic*», sin indicar la fecha de tal protocolo.

No obstante, posteriormente, en la documentación adjunta al Informe del referido Servicio de Ginecología y Obstetricia de fecha 3 de junio de 2026, se aporta el Protocolo de defectos del crecimiento fetal Clinic de fecha 15 de mayo de 2019, en el que se pauta un seguimiento cada 24-48 horas a un CIR estadio III y cada 12-48 horas a un CIR estadio IV; en tanto que para un CIR estadio I el seguimiento debe ser cada 1-2 semanas; y, finalmente, para un CIR estadio II cada 2-4 días.

Como se puede advertir, en aplicación de tales protocolos, al pautarle el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HGLP un seguimiento al feto a las 48 horas, cabe deducir que su calificación era CIR estadio III o IV.

Por su parte el Informe del SIP, en sus conclusiones, señala que *«En su caso, y conforme al informe del Servicio de Obstetricia, considerando un CIR estadio II, según las características observadas, y en aplicación del protocolo vigente antes expuesto, se programa nuevo control en las 48 horas siguientes. Esto se hace para hacer un seguimiento con doppler de las alteraciones, y en caso de incremento, administrar maduración pulmonar y remitir a centro con atención de prematuros. También en este punto se actuó conforme a protocolo, en el cual ante un CIR II, la maduración pulmonar se realiza a partir de las 31 semanas, no siendo este su caso, al encontrarse la gestante en la semana 28, lo que, además, traduciría una muy baja oportunidad de supervivencia, y aún menos, de hacerlo sin secuelas, tratándose de un gran prematuro con un CIR añadido».*

Y, finalmente, el Informe médico pericial de parte califica al feto como un CIR severo.

Ante tales manifestaciones discordantes y, siendo esencial para poder emitir un juicio razonado y debidamente motivado, se hace necesario que, por parte de un Servicio de Ginecología y Obstetricia distinto e independiente de los implicados en el presente caso -HGLP y Hospital Universitario de Canarias-, previo traslado completo del expediente administrativo -incluida la Historia Clínica de la reclamante obrante en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Canarias-, se emita informe en el que:

a) Se determine el estadio de CIR en que se encontraba el feto de la reclamante los días 9 y 10 de mayo de 2022, a la vista de su situación fetal en tal fecha.

b) Se informe a acerca del grado de corrección de la actuación médica dispensada a la reclamante los días 9 y 10 de mayo de 2022, teniendo en cuenta el CIR del feto, la presencia de líquido amniótico disminuido/oligohidramnios, vasodilatación cerebral, gestante de riesgo moderado, con obesidad mórbida grado II y con varias amenazas de aborto previas -28 de diciembre de 2021, 1 de enero de 2022, 9 de enero de 2022 y 22 de marzo de 2022-, alguna de ellas con ingreso hospitalario -9 de enero de 2022-.

El informe deberá emitirse debidamente razonado en datos clínicos, médicos y científicos, con expresión razonada y lógica de los motivos y circunstancias que se hayan tenido en cuenta para alcanzar las conclusiones que se establezcan.

Recordamos a estos efectos la importancia de los informes médicos neutrales en garantía de la equidistancia de las posiciones de las partes y su trascendencia para la oportuna determinación, pleno conocimiento y comprobación de los hechos y la eventual relación causa-efecto, en virtud de los cuales se deberá emitir el dictamen, máxime en el presente caso, al haberse producido la pérdida de una vida en gestación.

Finalmente, se requiere a la Administración sanitaria para que informe a este Consejo Consultivo si en el HGLP existen medios materiales adecuados para practicar un registro cardiotocográfico (RCTG) *computarizado,* si el análisis de los latidos fetales se realiza mediante un programa informático y, para el caso de que la respuesta sea negativa, informe cuál es el centro sanitario, público o concertado, más próximo al domicilio de la reclamante, en el que hubiera podido efectuársele el mencionado registro o prueba.

3. Por todo ello, procede retrotraer las actuaciones a los efectos de que, por parte del órgano instructor, se proceda a dar cumplimiento a lo indicado, en la fundamentación del presente dictamen, con emisión posterior a este Consejo, de la documentación y los informes reseñados.

Igualmente, se deberá dar cumplimiento a las garantías y trámites esenciales del procedimiento legalmente establecido, especialmente en lo que se refiere al trámite de audiencia (arts. 77 y 82 LPACAP) que se deberá conceder a la reclamante una vez finalizada la instrucción del procedimiento, con cumplimiento de lo requerido por este Consejo.

Concluida la referida tramitación, y formulada una nueva Propuesta de Resolución, en la que se responda, en su caso, a las alegaciones que se formulen

(arts. 88 y 91 LPACAP), esta habrá de ser elevada a este Consejo Consultivo a los efectos de emitir su dictamen preceptivo en los términos del art. 11.1.D.e) LCCC en relación con el art. 81.2 LPACAP.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, por la que se desestima la reclamación por daños derivados de la actuación sanitaria prestada a la interesada, no se ajusta a Derecho, debiendo retrotraerse las actuaciones, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Fundamento IV del presente Dictamen.