



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 2 9 2 / 2 0 2 6

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 16 de julio de 2026.

Dictamen solicitado por la Excm. 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. 266/2026 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

Carácter preceptivo del dictamen. Facultad de pedirlo.

Normas jurídicas aplicables.

Competencia y plazo para tramitar y resolver la reclamación

Legitimación de la reclamante y de la administración

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

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

* Ponente: Sr. Pérez Hernández.

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

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

5. El órgano competente para instruir y resolver el procedimiento es la Dirección del SCS, según el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Mediante Resolución de la Directora de 23 de diciembre de 2014 (BOC N.º 4, 8 de enero de 2015) se delegó en la Secretaría General del SCS la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS.

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

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

7. Se cumple el requisito de no extemporaneidad de la reclamación (art. 67 LPACAP). La reclamación de la interesada, formulada sin perjuicio de la posterior determinación del alcance de su lesión, tuvo entrada en el SCS el 26 de diciembre de 2022, dentro del plazo legal de un año, con respecto a un daño que se dice producido el 27 de diciembre de 2021.

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

II

Los hechos en que la reclamante funda su pretensión de resarcimiento

La descripción de la asistencia prestada, según el Servicio de Inspección

En el Dictamen de este Consejo Consultivo 122/2026, de 14 de abril, emitido en relación con el mismo asunto del presente, se expusieron de la siguiente manera los motivos de hecho de la reclamante y la descripción por el SCS de la asistencia que le fue prestada:

[Del escrito de la reclamante:]

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

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

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

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

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

[Del Informe del Servicio de Inspección:]

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

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

3.- Con fecha 27 de diciembre de 2021, a las 06:07 horas, la paciente alcanzó la dilatación completa, manteniéndose la vigilancia obstétrica y cardiotocográfica. Se objetivó “hipertonía uterina con desaceleraciones variables que cedieron con medidas y tocolítico”, manteniéndose el registro fetal “normal”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16.- A la fecha de cierre del presente informe, (...) continúa en seguimiento por Cirugía General y Digestiva y por Salud Mental. En su última valoración en Atención Primaria, la paciente refirió persistencia de insomnio y sintomatología genital leve, compatible con molestias residuales en la zona perineal, sin signos de infección ni alteraciones funcionales

relevantes. Se mantiene el tratamiento farmacológico y el apoyo psicológico, constatándose evolución estable, buena adherencia terapéutica y control clínico adecuado».

III

La tramitación del expediente de solicitud de indemnización

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

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

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

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

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

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

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

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

5. La Propuesta de Resolución fue objeto del Dictamen de este Consejo Consultivo 122/2026, de 14 de abril, como ya se dijo, por el que se solicitó a la Administración la retroacción de las actuaciones para la aclaración ciertas cuestiones y la emisión de un informe complementario del SIP sobre ellas, informe que se emitió el día 11 de mayo de 2026, tras el cual se dio vista y audiencia a la interesada, que no formuló alegaciones.

Por último, el 3 de junio de 2026 se emitió nueva Propuesta de Resolución.

6. No se aprecia la existencia de deficiencias en la tramitación del procedimiento que impidan un pronunciamiento del Consejo sobre el fondo de la cuestión planteada, pero llama la atención su duración.

Por ello, procede aquí señalar, como hemos hecho en expedientes similares, que a criterio del Consejo la instrucción ha tenido una duración excesiva, constatándose la existencia de largos períodos de inactividad. Por ello parece -a falta de explicación o justificación- haberse desatendido el principio legal de celeridad de los procedimientos, con eventual lesión de los derechos de las reclamantes.

IV

La determinación de la existencia de responsabilidad patrimonial

1. El criterio de la administración sobre la reclamación:

La nueva Propuesta de Resolución desestima, como la anterior, la reclamación formulada por la interesada, al continuar considerando el órgano instructor que no concurren los requisitos legalmente exigidos por poder imputar a la Administración sanitaria la responsabilidad patrimonial dimanante del hecho lesivo que motiva la reclamación.

2. La regulación legal, la jurisprudencia y la doctrina consultiva sobre responsabilidad patrimonial de la administración

Las particularidades de la asistencia sanitaria

En nuestro DCC 26/2026, de 26 de enero, como entre otros muchos, se expusieron con carácter general las reglas reguladoras de la responsabilidad patrimonial, en general y en el ámbito sanitario, según los mandatos constitucionales y legales (art. 106.2 CE y arts. 32 y 34 LRJSP):

«La jurisprudencia ha precisado (...) que “para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son necesarios los siguientes requisitos:

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

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

– Ausencia de fuerza mayor.

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

Para los servicios sanitarios se añadía lo siguiente:

« (...) la STS de 28 de marzo de 2007 señala que “la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación».

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en S. 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”».*

Y se recordaba, también, en el mismo DCC 26/2026, la STS de 11 de abril de 2014:

« (...) es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

Y, finalmente:

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

La anterior doctrina es de entera aplicación al presente caso.

3. Los motivos de la reclamante: el propio parto, y su consentimiento informado

Como ya se manifestó en el citado Dictamen anterior (DCC 122/2026), la interesada reclama por dos conceptos distintos, en primer lugar por considerar que los daños físicos y psíquicos sufridos por ella se deben a una actuación del SCS en el propio parto y con posterioridad, contraria a la *lex artis* por las razones expuestas en su reclamación, y, en segundo lugar, por los daños morales que ella estima ocasionados por la ausencia de consentimiento informado.

4. Las actuaciones médicas de obstetricia y asistencia al parto: las explicaciones e informaciones del informe complementario del Servicio de Inspección

A la hora de abordar la cuestión de fondo objeto del presente Dictamen, se ha de tener en cuenta no solo lo manifestado en los distintos informes obrantes en el primer expediente, ya examinados en el Dictamen anterior, al que nos remitimos, sino también lo expuesto en el informe complementario emitido por el SIP a solicitud de este Consejo Consultivo. De este último informe resulta de interés transcribir lo siguiente:

«Primera.

La documentación clínica evidencia que, durante el seguimiento ordinario del embarazo por los servicios de Tocología y Matrona, así como en el contexto de la educación maternal recibida, la gestante dispuso de múltiples oportunidades asistenciales para plantear dudas, recibir información complementaria y participar activamente en el proceso de control gestacional y preparación al parto.

El denominado “plan de parto” constituye un documento opcional elaborado voluntariamente por la mujer gestante, mediante el cual puede expresar preferencias, necesidades, expectativas o sugerencias relativas al proceso del parto y nacimiento, siempre que resulten compatibles con las prestaciones del centro sanitario y con la evidencia científica disponible.

Dicho documento suele contemplarse fundamentalmente en el contexto de partos de evolución normal no instrumentados, pudiendo incluir aspectos relacionados con acompañamiento, manejo del dolor, movilidad, ambiente físico o intervenciones que se desean evitar si no resultan necesarias.

En el presente caso consta en la hoja obstétrica la anotación "Plan de parto: No", sin que figure incorporado al expediente documento específico de preferencias previamente formalizado por la gestante.

Segunda.

La indicación de finalización instrumental mediante ventosa inicial y fórceps posterior encuentra apoyo objetivo en los propios datos consignados en la historia clínica: primípara, cuatro horas desde dilatación completa, dos horas de pujos dirigidos, expulsivo prolongado, III plano de Hodge, caput +++ y asinclitismo.

Dichos elementos constituyen factores clásicos de distocia del expulsivo y de incremento de riesgo materno-fetal por prolongación del parto, por lo que la decisión de abreviar la fase final mediante parto instrumental y episiotomía medio-lateral derecha resulta clínicamente razonable para garantizar el bienestar fetal y materno.

El nacimiento de un recién nacido con Apgar 9/9 es, además, compatible con una resolución obstétrica eficaz.

Tercera.

Revisada la técnica operatoria descrita en la hoja de paritorio (colocación secuencial de ramas, rotaciones, articulación, comprobación de presa, tracción y deflexión) no se aprecian, a partir de lo consignado en la documentación clínica, elementos objetivos que permitan inferir una desviación respecto de la práctica obstétrica habitual.

La maniobra aparece descrita de forma ordenada, secuenciada y congruente con la situación clínica existente de expulsivo prolongado, presentación en III plano, caput marcado y fracaso previo de ventosa, circunstancias que justificaban una resolución instrumental técnicamente dirigida a finalizar el parto vaginal.

Asimismo, la episiotomía medio-lateral derecha practicada durante la extracción instrumental se enmarca dentro de una indicación obstétrica contextualizada al propio procedimiento, dado que este tipo de instrumentación puede requerir su realización con la finalidad de facilitar la extracción fetal, mejorar el acceso operatorio y disminuir la tensión tisular durante la maniobra.

Cuarta.

La aparición de un desgarro perineal de IV grado debe analizarse desde la fisiopatología propia del parto vaginal complejo y en el contexto de las complicaciones descritas para el parto vaginal, entre ellas las lesiones obstétricas del esfínter anal (OASI). En situaciones de expulsivo prolongado, compresión mantenida de partes blandas, caput fetal marcado, asinclitismo, primiparidad y necesidad de extracción instrumental, los tejidos perineales soportan elevadas fuerzas de distensión y cizallamiento, pudiendo producirse lesiones

severas incluso cuando se realiza episiotomía. La episiotomía disminuye tensión en determinados vectores y facilita la extracción, pero no elimina completamente el riesgo de lesión obstétrica anal severa.

En este caso, además, la complicación fue reconocida de forma inmediata, clasificada, reparada por planos, con control vaginal y rectal posterior, antibioterapia, medidas de protección intestinal y seguimiento ulterior, lo que evidencia una respuesta asistencial rápida y adecuada frente a la complicación presentada.

Quinta.

En relación con el proceso informativo, la historia clínica contemporánea no contiene una anotación individualizada y expresa acerca de la explicación previa relativa al fórceps o a la episiotomía practicada, si bien el informe posterior del Servicio actuante señala que se facilitó información verbal a la paciente y al familiar presente sobre la secuencia asistencial prevista, ventosa inicial y fórceps en caso de fracaso en el contexto de un expulsivo avanzado.

Aun cuando la trazabilidad documental de dicho proceso informativo pudiera ser más precisa, los datos clínicos disponibles evidencian que concurrían indicaciones obstétricas objetivas tanto para la instrumentalización como para la episiotomía, con la finalidad de culminar el parto en condiciones de seguridad materno-fetal. En consecuencia, no cabe concluir de forma automática que una distinta formalización documental hubiera determinado un cambio real en la conducta clínica adoptada ni evitado necesariamente la complicación finalmente producida.

Sexta.

Consta en la documentación asistencial posterior que la paciente ha precisado seguimiento por Atención Primaria, Cirugía General y Salud Mental, habiendo sido intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones por persistencia/recidiva de la fístula rectovaginal, además de reflejarse episodios de infecciones urinarias de repetición y sintomatología ansioso-depresiva reactiva durante la evolución.

Las lesiones obstétricas severas del esfínter anal pueden asociar secuelas posteriores y necesidad de seguimiento especializado incluso tras reparación inicial adecuada. La fístula rectovaginal constituye una complicación infrecuente pero reconocida del parto vaginal complejo y de los desgarros severos, pudiendo requerir tratamientos complejos y nuevas intervenciones.

Desde esta perspectiva clínica, la evolución descrita y su repercusión emocional resultan compatibles con la propia entidad de la complicación padecida y su impacto sobre la calidad de vida, sin que ello permita inferir automáticamente una actuación técnica incorrecta en la asistencia obstétrica inicialmente prestada.

Séptima.

La reparación definitiva de la fístula se llevó a cabo mediante cirugía programada en febrero de 2024, constando previamente en abril de 2022 la indicación quirúrgica, la información del procedimiento y la formalización del correspondiente consentimiento informado. El tiempo transcurrido entre ambos hitos, aisladamente considerado, no constituye por sí mismo un criterio determinante de corrección o incorrección asistencial, al no existir un plazo único universalmente aplicable para la reparación de una fístula rectovaginal.

En las fístulas obstétricas pequeñas y bajas constituye una estrategia terapéutica reconocida priorizar inicialmente el control local, el tratamiento conservador, la resolución del componente inflamatorio y la cirugía diferida sobre tejidos adecuadamente cicatrizados, con la finalidad de maximizar las posibilidades de cierre y disminuir el riesgo de fracaso reparador.

Por ello, desde esta perspectiva clínica, no cabe afirmar de forma automática que una intervención más temprana hubiera determinado necesariamente un mejor resultado funcional o anatómico.

Octava.

De la valoración conjunta del expediente se desprende una asistencia sanitaria continuada y multidisciplinar, con intervención coordinada de Obstetricia, Ginecología, Cirugía General, Atención Primaria y Salud Mental, orientada tanto a la resolución de las incidencias obstétricas iniciales como al tratamiento y seguimiento de las complicaciones posteriores.

Los datos clínicos obrantes permiten considerar justificadas las decisiones adoptadas durante el trabajo de parto, así como adecuada la identificación inmediata de la lesión perineal y la respuesta terapéutica ulterior dispensada.

Sin perjuicio de ello, este Servicio de Inspección y Prestaciones considera que la constancia documental del proceso informativo intraparto pudiera haber sido más precisa y trazable, sin que ello justifique concluir que la información no fuera facilitada verbalmente, ya que la falta de constancia escrita no implica necesariamente ausencia de información, ni hubiera modificado el procedimiento técnico a emplear ni el resultado final obtenido.

No obstante, de la documentación analizada no se desprenden elementos técnicos suficientes para atribuir el resultado lesivo descrito a una actuación apartada de la práctica médica habitual ni a un funcionamiento incorrecto del servicio sanitario, por lo que el sentido técnico del presente informe complementario es desfavorable a la reclamación formulada».

5. Criterio del Consejo sobre la actuación obstétrica propiamente dicha

Pues bien, primeramente, en lo que se refiere a la actuación médica concreta -la de ginecología y obstetricia, principalmente- tanto durante el parto como con posterioridad, se ha expuesto y razonado detalladamente por la administración que el empleo de fórceps y antes de otros sistemas instrumentales (ventosa) en el parto de la interesada estaban indicados, a juicio del personal sanitario interviniente, por las características y circunstancias del proceso llamado *expulsivo*, especialmente su duración (cuatro horas, tiempo que excede del aceptable según los criterios técnicos actuales, que es de 120 minutos); también resulta de las informaciones y explicaciones que los referidos medios instrumentales fueron empleados correctamente, de modo que concluyó el alumbramiento y se produjo el nacimiento del niño de la interesada. También se expone -aunque de modo casi incidental- que fue practicada una episiotomía, que es un corte necesario (según el obstetra) para facilitar el curso de la salida del bebé. Además, hay que dejar constancia, en este punto, de que el informe pericial de la propia reclamante considera acertada la decisión de pasar del parto eutócico al proceso instrumental y no formula objeción al uso de instrumentos ni a la episiotomía. [Págs. 45 y sigs. del expediente anterior].

Es decir: el escrutinio de los documentos e informes obrantes en el expediente no revela ni señala ningún punto del proceso -salvo lo que se dirá sobre el consentimiento informado- en el que se hubiera producido una infracción de la *lex artis ad hoc* según las reglas actuales de la ciencia y la técnica ginecológicas y obstétricas.

Pese a ello, se produjo una lesión a la interesada, de aparición posible tras el manejo de tales instrumentos, consistente en un desgarro o rotura de la continuidad de los tejidos del periné [*Desgarro perineal grado IV*], que según los informes y la bibliografía referida en ellos es un riesgo conocido del parto instrumental, que llega a identificarse y estudiarse por la ciencia médica, dada su tipicidad y su ocurrencia no insólita, con un acrónimo o denominación específica (OASIS, *Obstetric Anal Sphincter Injuries*, Lesiones Obstétricas del Esfínter Anal).

De los informes y documentos clínicos también resulta que el desgarro se suturó enseguida, de forma que los intervinientes en el acto estimaron satisfactoria y que efectivamente lo fue a juzgar por los resultados y comprobaciones posteriores, que no registran dehiscencia ni anomalías de la propia sutura.

Todo ello conduce, de manera razonable, a estimar que en el expediente no existe fundamento para afirmar que la posterior aparición de una fístula pueda atribuirse a una mala práctica profesional.

De hecho, el propio informe pericial de la interesada formula varias hipótesis que, en realidad, son meras suposiciones no respaldadas ni apoyadas en algún elemento de los que constan en el expediente (se sugiere que pudo producirse una incorrecta episiotomía o una mala colocación del fórceps, o una incorrecta sutura o incluso la dehiscencia de la propia sutura) ni en un argumento pericial consistente y que, en todo caso, resultan desvirtuadas por los informes, el del Servicio actuante y las explicaciones de la Inspección, que sí se sustentan con referencias a los actos médicos y quirúrgicos y a su constancia documental.

Finalmente, tampoco tienen apoyatura en el expediente los reproches a los procesos quirúrgicos posteriores, que pueden parecer tardíos o demorados al observador profano o lego, pero cuyo desarrollo sucesivo y continuidad temporal se razonan también mediante explicaciones médicas y organizativas y que, finalmente, condujeron a la recuperación de la interesada, que se describe y documenta como entera y completa.

En conclusión, vistos este expediente y el anterior, y la falta de prueba [exigible legalmente a la reclamante] de la mala práctica médica imputada al SCS, no se puede atribuir a este responsabilidad patrimonial, pues la atención dispensada a la reclamante no contradice *la lex artis*, salvo lo que se expresa a continuación sobre el consentimiento informado, aunque con los efectos que también se dirán.

6. Sobre la falta de consentimiento informado que alega la interesada

En lo que se refiere al daño moral que alega haber padecido la interesada por no habérselo informado de la posibilidad de usar fórceps durante el parto y sus consecuencias, niega el SCS que ello haya ocurrido.

Alega el Servicio de Salud que la información correspondiente se proporcionó de forma verbal a la interesada durante el parto y que ella no ha demostrado que durante todo el proceso médico, tanto antes del parto, como al inicio del mismo o incluso durante su desarrollo, mostrara ninguna duda ni solicitara aclaración alguna sobre tales circunstancias.

Sin embargo, el Consejo encuentra que en este punto -la obtención y constancia del consentimiento informado- el expediente no produce la impresión de que se hayan cumplido en debida forma los mandatos legales.

Es llamativo que el propio SIP -con claridad estimable- no refrende íntegramente la actuación médica, aunque su reproche de que la constancia documental es *imprecisa* sea aún más llamativo si se advierte que la constancia documental, realmente, es inexistente.

Además de encontrarla estimable, el Consejo encuentra que las afirmaciones del SIP sobre este punto -salvo lo relativo al Plan de Parto- son de especial utilidad, porque se apartan de las eventuales dudas y vacilaciones que la doctrina, la práctica y la propia jurisprudencia habían mostrado al tratar la exigencia de consentimiento informado para el parto.

Se considera hoy, sin perjuicio la conceptualización del parto como proceso natural de curso propio o espontáneo que impide hablar propiamente de consentimiento informado, que ello no limita los derechos de la mujer gestante a recibir información y a manifestar sus preferencias y su voluntad sobre algunas de las alternativas que se presentarán en el proceso del alumbramiento.

Cabe recordar nuestra doctrina, p. ej. el DCC 138/2026, de 22 de abril, y la jurisprudencia allí citada:

«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 7 de 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)».

A lo anterior quiso añadir el Consejo la siguiente precisión, que también resulta de la jurisprudencia:

«Junto a ello, no deja de considerar el TS (...) 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"».

Además, junto a los criterios expuestos es también necesario no olvidar la particular dificultad o complicación probatoria que entraña la constancia de las manifestaciones que se hacen de forma verbal, por los sanitarios y los pacientes, durante los procesos asistenciales.

Pero, precisamente por ello, es más exigible la exactitud y claridad *-precisión y trazabilidad documental*, como requiere el SIP- de los documentos y expresiones que vayan a figurar en los documentos clínicos, aunque lo sea sin perjuicio de atender, porque ello es igualmente necesario, a las concretas circunstancias de cada acto asistencial, que requerirán actuaciones sanitarias y constancia documental adecuadas a cada actuación particular. Como se sostuvo por la STS de 20 noviembre 2012 (Rec. 5637/2011):

«el acto del alumbramiento (...) está sujeto a las previsiones de garantizar la salud tanto para la madre como para el hijo en los mejores y mayores porcentajes posibles. Por ello, ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse en esos momentos y que han de determinar por parte de los profesionales médicos asistentes la posibilidad de adopción de las decisiones médicas adecuadas y acordes a los síntomas e indicios que se van produciendo».

En el caso de este expediente, ha de darse por acreditado que resultaba obligado pasar del parto llamado eutócico y por vía vaginal al parto llamado instrumental, y que no existe reproche alguno que formular *-ni siquiera lo hace la reclamante-* a la decisión de hacerlo así. Más aún, con palabras del SIP que el Consejo comparte, *no cabe concluir de forma automática que una distinta formalización documental hubiera determinado un cambio real en la conducta clínica adoptada ni evitado necesariamente la complicación finalmente producida.*

Es esta decisión *-instrumentar o instrumentalizar el parto y hacer episiotomía-* la que se dice que fue comunicada verbalmente a la parturienta, y se dice haber obtenido su consentimiento. Ello pudo ocurrir así y es sin duda verosímil, pues estaba consciente y solo afectada por la anestesia epidural, de efectos locales y limitados y es impensable que el médico obstetra y sus asistentes no le hicieran saber a la parturienta que los pujos hechos por ella misma iban a ser sustituidos o continuados, tras la larga e infructuosa espera durante cuatro horas, por la aplicación de ventosa y luego de fórceps.

Además de estimar inverosímil que la propia parturienta no adquiriera conocimiento y consciencia, en el mismo acto, de la *instrumentación* de su propio parto, por razones incluso puramente físicas, ha de recordarse que en tal situación la decisión de usar ventosa o fórceps no solo estaba indicada sino que no cabía ninguna otra, atendiendo a la conveniencia de la madre y del bebé, salvo la eventual cirugía cesárea.

Es decir, lo que sí está perfectamente documentado es que quienes atendían al parto se encontraban ante una situación de necesidad perentoria, casi de emergencia, en la que debían actuar de forma inmediata, sin que hubiera ninguna otra opción médica distinta del uso de la ventosa y después del fórceps, pues es evidente que la cesárea -intervención quirúrgica invasiva y más peligrosa que el fórceps- no era una opción apropiada ni razonable.

Por tanto, se estime o no probada la obtención del consentimiento verbal, la emergencia y la existencia de una única opción médica impiden pensar que se privó a la interesada ni del conocimiento de lo que ocurría -el parto instrumental- ni de la posibilidad de rechazarlo o de elegir otra opción obstétrica -la cesárea- pues sin aquella intervención decidida y ejecutada por el médico y sus asistentes peligraba su propia integridad y la de su hijo y con cualquier otra los peligros e inconveniencias eran mucho mayores.

Por tanto, aceptado que es imposible creer que la parturienta no supo que se le aplicaba el fórceps y aceptado también que no había una actuación más indicada, la falta reprochable a los intervinientes, como el propio SIP advierte, es la de no haber hecho constar en los documentos del parto la comunicación que se dice hecha a la parturienta, constancia que inexplicablemente no existe y que solo aparece en el informe del servicio, posterior a la reclamación, que por ello mismo es más bien una manifestación puramente testifical, susceptible de merecer verosimilitud y credibilidad pero también de ser puesta en duda.

Recuérdese que la constancia documental en la historia clínica es una exigencia legal (art. 4.1 de la Ley 41/2002).

No se trata de una mera formalidad desatendida por los intervinientes, sino que como fija la doctrina y la jurisprudencia antes transcritas, su falta es una transgresión material de los mandatos legales y de los derechos de la paciente y por ello, en el criterio del Consejo, una verdadera infracción de la *lex artis*.

Así literalmente p. ej.: STS 26 de mayo de 2015, Rec. 2548/2013, que se cita en la del TSJ de Galicia de 17 de marzo de 2016, invocada en el repetido DCC 138/2026 anterior:

« (...) 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».*

En conclusión y en resumen: de todo ello resulta que, pese a lo expuesto y razonado sobre la anomalía o insuficiencia o *imprecisión* (SIP) del consentimiento informado, no hay fundamento para atribuir al SCS en este caso obligaciones de reparación o resarcimiento pues precisamente de todo lo expuesto y razonado se concluye que no hay daño ocasionado o causado por la falta de constancia de la comunicación del obstetra a la madre; y, eventualmente, ni siquiera lo habría en el caso de que se entendiera que la comunicación no se produjo y no se diera crédito - en este punto- a la pura manifestación posterior del servicio. El daño moral que se alega, y los padecimientos y trastornos psicológicos que se acreditan no son *consecuencia* -como exige la ley para que haya responsabilidad- del servicio público, sino de las propias patologías sufridas por la reclamante.

No hace falta añadir comentario sobre la ausencia del plan de parto, aunque no se comparte el criterio del SIP, que considera que no es obligatorio para la paciente; pero las indicaciones, consejos y recomendaciones de las autoridades sanitarias (e incluso las propias referencias jurisprudenciales, citadas en el dictamen anterior) promueven claramente su uso por las administraciones públicas, para quienes su empleo no parece ser exactamente voluntario o discrecional.

Ni hace falta tampoco refutar la afirmación -de la que también discrepamos- de que durante la gestación la gestante pudo preguntar lo que quisiera, pues sin dejar de ser cierto también lo es que incumbe al profesional sanitario la orientación del desarrollo de las consultas médicas y de la interlocución con el paciente, sin que deba descansar sobre este la obtención de la información que le sea necesaria o conveniente o a la que tenga derecho.

Por tanto, entendemos que no hay relación causal entre el funcionamiento del servicio público y los daños reclamados por la interesada y que procede desestimar su solicitud.

C O N C L U S I Ó N

Se dictamina que es conforme a Derecho la Propuesta de Resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada en este expediente, en virtud de los razonamientos expuestos en los Fundamentos anteriores.