

JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 36 DE MADRID

Calle del Poeta Joan Maragall, 66 , Planta 5 - 28020

Tfno: 914932807

Fax: 914932809

42020310

NIG: 28.079.00.2-2018/0014483

Procedimiento: Procedimiento Ordinario 157/2018

Materia: Culpa extracontractual (excluido tráfico)

SECCIÓN J

Demandante: D./Dña. [REDACTED]

PROCURADOR D./Dña. [REDACTED]

Demandado: ASEGURADORAD MEDICA ADESLAS

PROCURADOR D./Dña. [REDACTED]

SENTENCIA Nº 219/2019

JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ: D./Dña. MYRIAM FEIJOO DELGADO

En Madrid a 4 de octubre de 2019.

Vistos por mí, D^a. Myriam Feijóo Delgado, Magistrada-Juez del Juzgado de Primera Instancia nº36 de Madrid los presentes autos de Juicio Ordinario 157/18, seguidos por la Procuradora de los Tribunales D^a. [REDACTED], en nombre y representación de D^a. [REDACTED], defendida por el Letrado D. Ignacio Martínez García, dirigidos frente a SEGURCAIXA ADESLAS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS, representada por la Procuradora de los Tribunales D^a. [REDACTED] y defendida por la Letrado D^a. [REDACTED], sobre reclamación de cantidad, procede dictar la presente resolución en base a los siguientes:

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por turno de reparto correspondió a este Juzgado el conocimiento de la precedente demanda de Juicio Ordinario presentada en Decanato el día 26 de enero de 2018, en la que la parte actora, tras alegar los hechos y fundamentos de derecho que estimó pertinentes, terminó suplicando que se dictase sentencia de conformidad con el suplico de su demanda.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda se ordenó emplazar a la entidad demandada para que en el término de veinte días compareciera en los autos y contestara a la demanda, bajo apercibimiento de rebeldía. Dentro del plazo conferido se presentó el escrito de contestación a la demanda y por diligencia de ordenación de 21 de junio de 2018 se citó a las partes el día 4 de octubre de 2018 para la celebración de la Audiencia Previa, suspendiéndose posteriormente y quedando señalada para el día 8 de noviembre.

TERCERO.- El día señalado tuvo lugar la Audiencia Previa a la que comparecieron los Letrados y los Procuradores de las partes. Abierto el acto las partes se ratificaron en sus escritos de demanda y contestación, se resolvió con resultado

desestimatorio la excepción de litisconsorcio pasivo necesario y tras impugnar documentos se acordó el recibimiento del pleito a prueba. La actora propuso documental por reproducida, pericial y testifical-pericial. La demandada, documental por reproducida, testifical-pericial y pericial. Declarada su pertinencia, se citó a las partes el día 4 de julio de 2019 para la celebración del juicio.

CUARTO.- El juicio se celebró finalmente el día 5 de septiembre de 2019 practicándose la prueba con el resultado que obra grabado en el soporte videográfico unido a las actuaciones. Acordada como diligencia final la práctica de dos periciales, se citó a las partes para su celebración el día 13 de septiembre de 2019. Practicada la prueba y tras la fase de conclusiones, quedaron los autos vistos para sentencia.

QUINTO.- En la tramitación del presente procedimiento se han observado las prescripciones legales, con inclusión del plazo para dictar Sentencia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La parte actora inicia el presente procedimiento con la finalidad de que se dicte Sentencia por la que se condene a la demandada al pago de la cantidad de sesenta mil euros (60.000E) en concepto de indemnización por mala praxis en la extirpación de un cavernoma que la demandante tenía alojado en el lóbulo frontal derecho de su cerebro y que precisó de tres intervenciones quirúrgicas para su extirpación definitiva, siendo objeto de autos la segunda intervención llevada a cabo por el neurocirujano Dr. [REDACTED] en la Fundación Jiménez Díaz el día 4 de enero de 2012, hospital perteneciente al cuadro médico de Adeslas y por cuenta de ésta. Se cuestiona asimismo la falta de praxis de todos los profesionales intervinientes entre los que se menciona a los radiólogos Dra. [REDACTED] y Dr. [REDACTED], así como del anatomopatólogo Dr. [REDACTED] todos ellos de la Fundación Jiménez Díaz, perteneciente al cuadro médico de Adeslas.

La demandada se opone a la demanda presentada de contrario alegando como cuestión previa la falta de litisconsorcio pasivo necesario, que fue desestimada en la Audiencia Previa dado el carácter solidario de la responsabilidad que se reclama. Señala que los profesionales que atendieron a la demandante no tenían suscrito acuerdo alguno con Segurcaixa Adeslas, sino que atendieron a la misma en virtud del vínculo que los mismos tenían con la Fundación Jiménez Díaz. Opone su falta de legitimación pasiva pues la demanda se ciñe a la práctica médica no al cumplimiento del contrato de seguro suscrito por la actora, afirmando que no se trata de una obligación de prestación de asistencia médica sino de una obligación de pago de las asistencias que cuentan con cobertura en la póliza. En cuanto al fondo sostiene que la actuación de los profesionales que intervinieron fue adecuada a la información con que contaron en cada momento, sin que de la documentación médica que se acompaña pueda llegarse a la conclusión de que en la asistencia dispensada a la demandante existe actuación contraria a la lex artis. Por último considera desproporcionada la cantidad reclamada, que no se encuentra justificada en atención a todas las circunstancias previas y posteriores que rodean el caso, no todas imputables exclusivamente a la demandada por lo que, en su caso, entiende que la indemnización habría de fijarse como máximo en 15.000E.

SEGUNDO.- No puede estimarse la falta de legitimación pasiva de la entidad aseguradora. Como reconocen ambas partes y según consta en la póliza suscrita (doc. nº4 demanda), el seguro de enfermedad concertado es un “Seguro mixto de reembolso de gastos sanitarios y de prestación de asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico de la Aseguradora, mediante el cual la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que esté comprendida en la cobertura asegurada según las cláusulas 4 y 5, en los términos que la póliza determina.” Según se establece en la STS 19 de julio de 2013, *“La responsabilidad de las entidades de asistencia sanitaria por una mala praxis de los facultativos, personal sanitario o Centros médicos, tal y como señalan las sentencias de 4 de diciembre de 2007 y 4 de junio de 2009, ha venido reconociéndose o rechazándose por la jurisprudencia de esta Sala en función de diversos criterios aplicados, alternativa o combinadamente, en atención a las circunstancias de cada caso, uno de ellos el que resulta de la relación de contrato que contrae la entidad aseguradora de la asistencia médica frente a sus asegurados, basada normalmente en asumir, más o menos explícitamente, que la aseguradora garantiza o asume el deber de prestación directa de la asistencia médica (SSTS de 4 de octubre de 2004; 17 de noviembre de 2004), con apoyo en los precedentes históricos del contrato de seguro de asistencia médica, pues en las mutuas e iguales no existía separación entre la gestión del seguro y la prestación de la asistencia médica, y en el hecho de que el artículo 105 de la Ley de Contrato de Seguro establece como característica del seguro de asistencia sanitaria, frente al seguro de enfermedad o de reembolso, la circunstancia de que “el asegurador asume directamente la prestación de servicios médicos y quirúrgicos”. Asimismo, el contrato de seguro de asistencia sanitaria exige la previa concertación entre la entidad aseguradora y cada uno de los médicos y centros hospitalarios que forman su cuadro médico, lo cual se produce por medio de un contrato de arrendamiento de servicios entre los codemandados estableciéndose así una relación de dependencia cuando menos económica y funcional que da lugar a la aplicación de la responsabilidad civil extracontractual por hecho ajeno, establecida con carácter general en el art. 1903,4ºCC, caso de producirse daños y perjuicios concretos con motivo de una actuación culposa o negligente del facultativo, como sucede en este caso en el que, en el ámbito de esta relación, ha quedado probado la producción del resultado lesivo por una defectuosa prestación del servicio por personal perteneciente al cuadro médico de la aseguradora”.*

La legitimación pasiva de la demandada deriva, por tanto, del contrato suscrito. El hecho de que la demandada firmara un contrato de arrendamiento de servicios con la Fundación Jiménez Díaz y no directamente con los profesionales que desempeñan su actividad en dicho centro hospitalario, no elimina su legitimación pasiva, dada su relación directa con el objeto del contrato y el carácter solidario de la responsabilidad que nos ocupa, solidaridad que excluye el litisconsorcio pasivo (1.144 CC), ello sin perjuicio de las acciones que puedan asistir a la aseguradora en el ámbito de las relaciones internas entre ellos.

TERCERO.- Conforme a la doctrina ya citada y reiterada por el Tribunal Supremo incumbe al asegurador de asistencia sanitaria la responsabilidad por la mala praxis en que hubieran podido incurrir los profesionales integrados en el cuadro médico puesto a disposición de los asegurados considerando, al efecto, que existe una relación

de dependencia económica y funcional entre uno y otros al ser tales profesionales meros auxiliares de los que se sirve la compañía para cumplir la prestación asistencial a su cargo (SSTS de 4 de octubre y 17 de noviembre de 2004; 16 de enero de 2012, 19 de julio de 2013).

La STS 64/2018, de 6 de febrero, recientemente dictada por el TS, en la que la demandada era también la mutua Adeslas, señala: "Se trata de un seguro cuyas características son las siguientes:

(i) Es un seguro que se denomina: "Seguro de enfermedad. Póliza de asistencia sanitaria" (al definir su objeto también se usa el término " Seguro de Asistencia Sanitaria").

(ii) La cobertura alcanzaba a la atención sanitaria en la especialidad en la que se produjo el daño, y el asegurado podía elegir a uno de los médicos especialistas del catálogo de servicios de la aseguradora, señalándose expresamente que "en el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria".

(iii) El asegurado solo podía "elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos que realizan, dentro de los Catálogos de Servicios de IQUIMESA que en cada momento se encuentren vigentes, las prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza".

No es, por tanto, un seguro de los de reintegro de los gastos médico-quirúrgicos, sino de asistencia médica en la forma descrita (...).

La jurisprudencia de esta sala no imputa automáticamente responsabilidad a las entidades aseguradoras de la asistencia médica, como se ha sostenido por alguna doctrina. La sentencia 1242/2007, de 4 de diciembre, establece las bases o criterios doctrinales que se han ido reiterando en posteriores sentencias y que no son más que la concreción de los criterios con que ha sido reconocida o rechazada, alternativa o combinadamente, en la jurisprudencia de esta sala, "en atención a las circunstancias de cada caso" (...) Ahora bien, con independencia del alcance que se deba dar a este artículo 105 para conciliarlo con la prohibición de que las aseguradoras desempeñen funciones ajenas a los cometidos propios del seguro (sentencia 1242/2007, de 4 de diciembre) y del contenido de cada póliza de aseguramiento en orden a determinar si la obligación de la aseguradora incluye no solo la asunción del coste económico de las operaciones médicas, sino también la prestación de garantía del servicio médico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad, es evidente que partimos en este caso de una condena firme de la aseguradora sanitaria en aplicación del artículo 1903 del CC, es decir, partimos de una condena que tiene que ver con la responsabilidad que se le imputa por razón del contrato de seguro y que fue determinante para rechazar su falta de legitimación pasiva, y esta condena es claramente indicativa de que había asumido no solo la obligación de prestar los servicios médicos a sus afiliados, sino de garantizarles una correcta atención, que al haberse incumplido ha sido subsumida en la responsabilidad que establece el artículo 1903.4 del CC".

CUARTO.- Como recuerda la SAP de Madrid, Sección 13ª, núm. 318/2014 de 29 septiembre, la culpa del médico, la infracción de la *lex artis* y la relación de causa a

efecto entre la acción u omisión culposa y el daño producido incumbe probarla al perjudicado - SSTS de 8 mayo de 1991, 8 de noviembre de 1991, 8 de octubre de 1992, 29 de marzo de 1994, 7 de junio de 1994, 20 de febrero de 1995 y 20 de febrero de 1995-, quedando en consecuencia descartada toda idea de responsabilidad más o menos objetiva, sin que obre en consecuencia la inversión de la carga de la prueba - SSTS de 20 de febrero de 1993, 4 de marzo de 1993, 29 de marzo de 1994, 1 de junio de 1994, 12 de julio de 1994, 24 de septiembre de 1994, 15 de octubre de 1994 y 10 de diciembre de 1996 -.

Efectivamente, desde una perspectiva general cabe definir la « lex artis ad hoc », siguiendo a la STS de 11 de marzo de 1.991 (RJ 1991\2209), como el criterio valorativo sobre la corrección del acto médico concreto que se ha ejecutado por el profesional de la medicina, atendiendo siempre a las especiales características de su autor y de su profesión, a la complejidad y trascendencia vital que una cierta actuación médica tiene para el paciente, y en cualquier caso sin descuidar otros factores endógenos como el estado e intervención del enfermo y de sus familiares y la misma organización sanitaria. Todo ello debe ser considerado para calificar el acto médico como conforme o no con la técnica normalmente requerida. Esta misma resolución indica las notas que ha de reunir la actuación médica para que sea conforme con la «lex artis ad hoc». Pueden resumirse las mismas afirmando: 1º.- que como tal «lex» implica la regla de medición de una conducta a tenor de determinados baremos; 2º.- su objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3º.- la técnica empleada: los principios o normas de la profesión médica en cuanto a ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la «lex» es un profesional de la medicina; 4º.- el objeto sobre el que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); y 5º.- corrección de cada acto médico o presupuesto «ad hoc»: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha «lex artis»; así como en toda profesión rige una «lex artis» que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa «lex», aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán, en un sentido o en otro, los factores antes vistos - STS de 11 de marzo de 1991 [RJ 1991\2209]-. Ahora bien, como acoge también la jurisprudencia (SSTS de 6 de noviembre de 1.990 [RJ 1990\8528] y de 20 de junio de 1.997 [RJ 1997\4881]), la carga de la prueba de la negligencia médica por el facultativo corresponde a quien reclama.

QUINTO.- Partiendo de la doctrina legal y jurisprudencial expuesta, examinando la prueba documental obrante en autos y valorándola conjuntamente con la practicada en el acto de la vista, procede determinar si cabe imputar la responsabilidad que se reclama a la demandada por vulneración de la lex artis de los profesionales que intervinieron bajo la cobertura del contrato suscrito por la Fundación Jiménez Díaz con Adeslas. La abundante prueba documental presentada por la parte actora se completa con los informes periciales y las declaraciones testificales de los distintos médicos que intervinieron en la segunda y tercera operación, tanto en la fase previa como en la posterior, y tras escuchar sus declaraciones, examinar sus informes así como el resto de los documentos aportados, todos coinciden en la existencia del cavernoma y en la corrección de la indicación quirúrgica, así como del método empleado para la misma,

neuronavegación y aspirador ultrasónico. Y también coinciden en que no se extirpó correctamente en la segunda intervención llevada a cabo en la Fundación Jiménez Díaz, discrepando en cuanto a si la extracción fue parcial, si quedaron nódulos, si creció de nuevo o si nunca fue extirpado.

Ello no obstante, la rotundidad del testimonio del Dr. [REDACTED] neurocirujano que efectuó la tercera intervención, sus explicaciones en cuanto a los posibles fallos habidos en las actuaciones previas, corroboradas por la testifical de la radióloga Dra. [REDACTED] y por el informe comparativo elaborado por ella junto con el Dr. [REDACTED] (doc. nº6 de la demanda), así como el dictamen pericial elaborado por la Dra. [REDACTED] (doc. nº11 demanda), ratificado en el acto de la vista, en el que se concluye que *“Por todo lo anterior, y sobre todo por el análisis de las imágenes de todas las RM anteriores, se puede concluir que el tamaño del cavernoma era exactamente igual desde su diagnóstico en 2010, tampoco en la segunda intervención se extirpó el cavernoma, con la consiguiente mala praxis manifiesta, volviéndose a faltar nuevamente a la verdad al informar de: “extirpación aparentemente completa”, de repetida persistencia de “pequeño resto”, y de “posibles restos de sangrado” consecuencia de la intervención. El cavernoma permanecía exactamente igual en tamaño y localización a los estudios previos, con lo cual se mintió tanto en informe quirúrgico, como anatomopatológico, como en estudios de R.M. posteriores”, no han resultado en modo alguno desvirtuadas por la prueba propuesta por la parte demandada, que tampoco ha podido disipar las dudas derivadas de las numerosas contradicciones existentes entre los informes médico-quirúrgicos y radiológicos puestos de relieve por la parte actora. Así, las declaraciones de la Dra. [REDACTED] explicando la evolución de las imágenes por el transcurso del tiempo y sus conclusiones a la vista de las resonancias y del escáner, aunque puedan resultar lógicas y razonables en atención al estado del lecho quirúrgico tras la segunda intervención, el sangrado posterior, la reabsorción del mismo, la calidad de las imágenes o la precisión de la máquina utilizada, no eliminan el hecho objetivo de que el cavernoma continuaba en el mismo lugar y con el mismo tamaño, por más que se hubieran podido extraer muestras “compatibles” como explicó el anatomopatólogo Dr. [REDACTED], quien explicó que su trabajo se limitó a analizar las muestras que le remitió el cirujano y que eran unos fragmentos mínimos, respecto de los que el propio cirujano tenía dudas (resto de cavernoma vs gliosis). Y aunque la Dra. [REDACTED] explicó, tal y como refleja en su informe, que *“el cavernoma es una lesión dinámica con cambios a lo largo del tiempo que puede producir crecimiento o disminución de su tamaño, nuevas apariciones o desaparecer después de una hemorragia”,* que las imágenes radiológicas se corresponden con los cambios propios en la cavidad quirúrgica tras la operación, que se va definiendo tras la reabsorción de la sangre, y concluyó que no había mala praxis, también informó que *“todo parece indicar que tanto en la primera como en la segunda intervención quirúrgica la resección fue parcial, ya que los patólogos informaron que las muestras enviadas desde quirófano eran de cavernoma”.* En definitiva, pese a las explicaciones y a las valoraciones médicas diversas en cuanto a la segunda intervención y su resultado, lo cierto es que la actora precisó de una tercera intervención para la extirpación definitiva del cavernoma, con el consiguiente riesgo para su vida, lo que permite concluir que la demandante no recibió la atención médica adecuada ni esperada, en atención a su diagnóstico, con errores de valoración y de resultado contrarios a la lex artis, lo que conlleva la estimación de la demandada.*

SEXTO.- La parte actora valora el daño producido a la demandante en la cantidad de sesenta mil euros (60.000E) como cuantía global, sin vinculación al baremo de tráfico, aunque similar a la que correspondería de aplicar sus criterios, suma que la demandada considera desproporcionada y carente de la debida justificación pues todas las circunstancias derivadas de los procesos operatorios han tenido que influir necesariamente en la demandante y en sus padecimientos, sin que se le puedan imputar exclusivamente a la intervención realizada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, cuestionando que la asistencia psiquiátrica que recibió la actora sea consecuencia directa y exclusiva de la actuación objeto de enjuiciamiento.

Como señala la sentencia del TS de fecha 30 de Noviembre de 2011 (F.J.3º): "La conveniencia de evitar posibles disparidades entre las resoluciones judiciales que fijan el pretium doloris (precio del dolor) o compensación por el daño moral, y valoran de manera prospectiva o apreciativa las consecuencias patrimoniales de la incapacidad generada por los daños corporales condujo al legislador a implantar sistemas de valoración fundados en la tasación con arreglo a tablas o baremos de indemnización, cuya aplicación tiene lugar según reglas fijadas por el propio legislador y no queda sustraída a las normas generales sobre interpretación de las leyes. La jurisprudencia más reciente de esta Sala ha aceptado que los criterios cuantitativos que resultan de la aplicación de los sistemas basados en la tasación legal, y en especial el que rige respecto de los daños corporales que son consecuencia de la circulación de vehículos de motor, pueden tener valor orientador para la fijación del pretium doloris, y las consecuencias patrimoniales derivadas de daños acaecidos en otros sectores de la actividad, teniendo en cuenta las circunstancias concurrentes en cada caso (SSTTS de 11 de noviembre de 2005, 10 de febrero de 2006, 19 de mayo de 2006, 22 de julio de 2008, 2 de julio de 2008, 9 de diciembre de 2008). Con ese valor se ha aplicado el sistema legal incorporado a la LRCSCVM en supuestos de responsabilidad derivada del consumo del tabaco (STS de 5 de mayo de 2010), accidente laboral (9 de marzo de 2010, 15 de diciembre de 2010 y 25 de marzo de 2011), y en supuestos de responsabilidad civil médica o sanitaria (10 de diciembre de 2010, 11 de febrero de 2011, 4 de marzo de 2011 y 1 de junio de 2011). En el mismo sentido la sentencia de 6 de junio de 2014, en un supuesto de negligencia médica, con cita, en cuanto al valor orientador del baremo o sistema de valoración para los accidentes de tráfico, de las anteriores de 16 de diciembre de 2013 y 18 de junio de 2013. Ésta última señaló que "el efecto expansivo del baremo (...) a otros ámbitos de la responsabilidad civil distintos de los del automóvil ha sido admitido con reiteración por esta Sala con criterio orientativo, no vinculante, teniendo en cuenta las circunstancias concurrentes en cada caso y el principio de indemnidad de la víctima que informan los arts. 1.106 y 1.902 del Código Civil".

La Dra. [REDACTED], especialista en valoración del daño corporal, además de otras especialidades médicas, elabora un informe sobre la estabilización lesional y las secuelas que presenta la lesionada como consecuencia de la intervención objeto de autos, así como la necesidad de seguimiento psiquiátrico por presentar trastorno de ansiedad y crisis de pánico, que fue ratificado en el acto del juicio y no desvirtuado por la parte demandada mediante prueba contradictoria, fijando una indemnización a favor de la demandante conforme al baremo de 59.022,14E.

Partiendo de dicha valoración con carácter orientativo, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el 4 de enero de 2012, fecha de la segunda intervención, hasta la tercera intervención el 11 de marzo de 2014, y hasta la total estabilización lesional y

emocional de paciente con retirada de la medicación pautada por el psiquiatra en febrero de 2016, no cuestionándose la necesidad de seguimiento psiquiátrico, valorando la situación de zozobra, incertidumbre y angustia que ha tenido que soportar la actora y tomando también como referencia comparativa las indemnizaciones concedidas en casos de daño moral derivadas de vulneración de derechos fundamentales, se considera adecuada y proporcionada la suma de sesenta mil euros que se solicita por la parte demandante.

SÉPTIMO.- Por último, y en relación con los intereses del artículo 20LCS, a cuya imposición se opone la demandada, debe estarse nuevamente a la jurisprudencia del Tribunal Supremo que acoge el criterio de imponer los intereses previstos en el art. 20 LCS a la mutualidad de asistencia sanitaria. A modo de ejemplo las sentencias núm. 267/18 de 14 de junio de 2018 y núm. 552/18 de 14 de diciembre de 2018. En ambos casos, con cita de la STS 64/2018, de 6 de febrero, en la que la demandada fue Adeslas. El alto tribunal afirma con respecto a la imposición de dichos intereses que: " existen ejemplos en la doctrina de esta sala que demuestran que esta no ha encontrado paliativo a la hora de imponer los intereses del art. 20 LCS a las aseguradoras sanitarias. Es cierto también que en ocasiones estos intereses se confunden con los que se imponen a la aseguradora de la responsabilidad civil de los profesionales o centros sanitarios incluidos en sus cuadros, lo que es ajeno a este caso, puesto que la acción formulada no se ha ejercitado contra el facultativo responsable del daño y su aseguradora, sino contra la aseguradora sanitaria (...) 2. En la sentencia 438/2009, de 4 de junio se imponen estos intereses por dos razones: "En primer lugar, los defectos de cumplimiento, como afirma la sentencia, "se transmutan en una prestación indemnizatoria de los daños y perjuicios, cumplimiento por equivalencia con naturaleza de deuda de valor, que se paga en dinero" y el interés alcanza a todas las prestaciones del asegurador. En segundo lugar, esta sala ha seguido una línea interpretativa caracterizada por un creciente rigor en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma (SSTS 16 de julio y 9 de diciembre 2008; 12 de febrero 2009)" (...). Lo cierto es que se ha producido un daño indemnizable en el patrimonio del asegurado tras la verificación del siniestro o materialización del riesgo, con los efectos que establece el artículo art. 20 LCS, respecto de los intereses, que no piensa únicamente en el incumplimiento de la prestación característica e inmediata del asegurador, sino que alcanza a todas las prestaciones convenidas vinculadas al contrato de seguro de asistencia, en virtud del cual se la condena".

Declara el Tribunal Supremo en la sentencia de 20 de enero de 2017 que "es doctrina reiterada de esta Sala (sentencias 206/2016, de 5 de abril (RJ 2016 , 1313) ; 513/2016, de 21 de julio) que "si bien de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20.8º LCS , la existencia de causa justificada implica la inexistencia de retraso culpable o imputable al asegurador, y le exonera del recargo en qué consisten los intereses de demora, en la apreciación de esta causa de exoneración esta Sala ha mantenido una interpretación restrictiva en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (...). "En atención a esa jurisprudencia, si el retraso viene determinado por la tramitación de un proceso, para que la oposición de la aseguradora se valore como justificada a efectos de no imponerle intereses ha de examinarse la fundamentación de la misma, partiendo de las apreciaciones realizadas por el tribunal de instancia, al cual corresponde la fijación de los hechos probados y de

las circunstancias concurrentes de naturaleza fáctica para integrar los presupuestos de la norma aplicada. "Esta interpretación descarta que la mera existencia de un proceso, el mero hecho de acudir al mismo constituya causa que justifique por sí el retraso, o permita presumir la razonabilidad de la oposición. El proceso no es un óbice para imponer a la aseguradora los intereses a no ser que se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar (...). En aplicación de esta doctrina, la Sala ha valorado como justificada la oposición de la aseguradora que aboca al perjudicado o asegurado a un proceso cuando la resolución judicial se torna en imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura (...).

"Con carácter general, en fin, e invocando un modelo de conducta acrisolado, el propósito del artículo 20 LCS es sancionar la falta de pago de la indemnización, o de ofrecimiento de una indemnización adecuada, a partir del momento en que un ordenado asegurador, teniendo conocimiento del siniestro, la habría satisfecho u ofrecido. Siempre a salvo el derecho del asegurador de que se trate a cuestionar después o seguir cuestionando en juicio su obligación de pago y obtener, en su caso, la restitución de lo indebidamente satisfecho".

Procede en consecuencia la aplicación de los intereses del artículo 20 LCS si bien la fecha de devengo o dies a quo será el de la interposición de la demanda, es decir, el 26 de enero de 2018, dado su carácter sancionador y el hecho objetivo de que no conste reclamación directa frente a la aseguradora sino desde la reclamación judicial.

OCTAVO.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 394.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero, "en los procesos declarativos, las costas de la primera instancia se impondrán a la parte que haya visto rechazadas todas sus pretensiones, salvo que el tribunal aprecie, y así lo razone, que el caso presentaba serias dudas de hecho o de derecho." Ello significa que las costas causadas en este procedimiento deben ser impuestas a la parte demandada.

Vistos los artículos citados, concordantes y demás de general y pertinente aplicación

FALLO

ESTIMANDO la demanda presentada por la Procuradora de los Tribunales D^a. [REDACTED] en nombre y representación de D^a. [REDACTED], defendida por el Letrado D. Ignacio Martínez García, dirigida frente a SEGURCAIXA ADESLAS, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS, representada por la Procuradora de los Tribunales D^a. [REDACTED] y defendida por la Letrado D^a. [REDACTED], debo condenar y CONDENO a la demandada a indemnizar a la actora en la cantidad de SESENTA MIL EUROS (60.000E), más los intereses del artículo 20 de LCS desde la interposición de la demanda y las costas del procedimiento.

Notifíquese la presente resolución a las partes haciéndoles saber que contra la presente sentencia cabe interponer Recurso de Apelación ante este Juzgado en el plazo de veinte días para su posterior decisión por la Ilma. Audiencia Provincial de Madrid.

Se apercibe a las partes que es requisito imprescindible para la interposición del recurso de apelación la consignación como depósito de la cantidad de 50 euros en la cuenta de depósitos y consignaciones de este Juzgado, salvo que tengan reconocido el beneficio de justicia gratuita.

Así por esta mi sentencia, de la que se llevará certificación a los autos de que dimana, definitivamente juzgando en esta instancia, lo pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior Sentencia en el día de su fecha por la Sra. Magistrada que la suscribe, estando celebrando Audiencia Pública; doy fe.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.