**JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 37 DE MADRID**

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

Tfno: 914932812

Fax: 914932814

42020310

NIG: 28.079.00.2-2019/0017526

**Procedimiento: Procedimiento Ordinario 172/2019**

Materia: Responsabilidad profesional

**Demandante:** D./Dña. ……………..

PROCURADOR D./Dña. MARIA ISABEL AFONSO RODRIGUEZ

**Demandado:** ASISA

PROCURADOR D./Dña. ANTONIO MIGUEL ANGEL ARAQUE ALMENDROS

SEGURCAIXA ADESLAS SA

PROCURADOR D./Dña. ADELA CANO LANTERO

Vistas las presentes actuaciones por mí, la Ilma. Sra. Dª Ana María Álvarez de

Yraola, magistrada del juzgado de primera instancia nº 37 de Madrid, ha pronunciado en

nombre de S.M. EL REY la siguiente

**SENTENCIA Nº 96/2020**

En Madrid, a 8 de julio de 2020.

En los autos de juicio ordinario nº 172/2019 seguidos en este juzgado a instancia

de Dª ……………., representada por la procuradora Dª María Isabel

Afonso Rodríguez y defendida por el abogado D. Ignacio Martínez García, contra

SEGURCAIXA ADESLAS, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS, representada por la

procuradora Dª Adela Cano Lantero y defendida por la abogada Dª Macarena Iturmendi

García, y contra ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, SA (ASISA),

representada por el procurador D. Antonio Miguel Ángel Araque Almendros y

defendida por el abogado D. Juan José Moreno Hellín, sobre reclamación de 500.000 €

como indemnización de daños y perjuicios en ejercicio de acción extracontractual.

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 21/1/2019 se presentó en decanato escrito de demanda,

repartido a este juzgado el 20/2/2019, mediante el que Dª …………….,

representada por la procuradora Dª María Isabel Afonso Rodríguez y defendida por el

abogado D. Ignacio Martínez García, instaba demanda de juicio ordinario contra

SEGURCAIXA ADESLAS, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS, en su condición de

aseguradora de la responsabilidad civil profesional del cirujano, y contra ASISA , del

que fueron los profesionales de su cuadro médico y su centro médico los que

intervinieron contra la *lex artis*, en la que tras los fundamentos jurídicos de aplicación,

en particular la doctrina jurisprudencial sobre responsabilidad por negligencia médica y

el consentimiento informado, ley 41/2002 de autonomía del paciente y legislación sobre

consumidores, terminaba suplicando que se dictara sentencia por la que se condene al

demandado al pago de 500.000 euros más los intereses legales del artículo 20 de la ley

de contrato de seguro, con imposición de costas a la parte demandada.

En síntesis, los hechos son que Dª ………….. es maestra

jubilada y mutualista de MUFACE, estando asegurada en ASISA, siendo responsable

esta última como responsable por los profesionales adscritos a su cuadro médico y al no

cumplir la garantía de unos servicios sanitarios de calidad y prestados por un diligente

equipo de profesionales conforme a la *lex artis* derivándose la responsabilidad de

SEGURCAIXA ADESLAS por ser la aseguradora de la responsabilidad profesional del

Dr. ……………, cirujano que intervino a la demandante y

causó el daño. Dª …………. el 4-9-2017 en el HOSPITAL LA VEGA de MURCIA fue

intervenida de una artrodesis vertebral lumbar para corrección mecánica de escoliosis,

sufriendo una fractura que pasó inadvertida por lo que sufrió una compresión de cola de

caballo que sólo se le reintervino al día siguiente, quedando a resultas de ello la misma

con lesiones muy severas con paraparesia multirradicular grave que le ha relegado a una

silla de ruedas con necesidad de ayuda de terceros para los actos básicos de la vida

diaria. Se aporta informe pericial. Los actos médicos son contrarios a la *lex artis* y

causales con el daño, siendo insuficiente el consentimiento informado, en el que falta

información, y existiendo *mala praxis* por falta de control radiológico y de control

neurofisiológico de potenciales, pues para evitar el daño el estándar de la cirugía de

columna proporciona dos auxilios técnicos que aquí no se observaron: la colocación del

dispositivo con control radioscópico y la monotorización intraoperaria del estado

neurológico del paciente.

Se reclama una suma global de 500.000 € teniéndose en cuenta que el daño ha

supuesto la absoluta quiebra vital de la actora que era perfectamente autónoma para

todos sus quehaceres de la vida diaria y no tenía ninguna discapacidad reconocida,

habiendo quedado con paraparesia de los miembros inferiores confinada a una silla de

ruedas, con pérdida de fuerza en los miembros inferiores, tratamiento a día de hoy de

rehabilitación neurorehabilitación y terapia ocupacional, realizando algunas de las

actividades básicas de la vida diaria pero con índices de discapacidad muy elevados,

dolor crónico manifiesto, índice de discapacidad reconocido del 75% y dependencia de

terceros para actos de la vida diaria, habiendo estado de baja por días impeditivos desde

el 4/9/2017 al 30/7/2018, arruinada en todos los órdenes de la vida física, emocional,

social, laboral y económico, con un perjuicio estético severo propio de una persona

inválida en una silla de ruedas más las cicatrices, y un importantísimo daño moral con

tratamiento con antidepresivos, ansiolíticos y somníferos.

Se aporta resolución de la Comisión de asistencia jurídica gratuita de Madrid

conforme a la que en su reunión de 21/12/2018 reconoció a Dª ………….. tal derecho para este procedimiento en toda su extensión.

**SEGUNDO.-** Por decreto 27/2/2019, admitiendo a trámite la demanda, se

acordó su substanciación por los trámites del juicio ordinario, disponiendo en su

consecuencia dar traslado a las partes demandadas, haciéndoles entrega de copia de la

demanda y documentos acompañados, emplazándoles para que dentro de un término de

veinte días contestaran la demanda.

Mediante escrito de 2/4/2019 compareció SEGURCAIXA ADESLAS, SA DE

SEGUROS Y REASEGUROS, representada por la procuradora Dª Adela Cano Lantero

y defendida por la abogada Dª Macarena Iturmendi García, contestando a la demanda y

solicitando que se dicte una sentencia desestimatoria de la demanda con imposición de

costas a la demandante. Se admite la realidad de las prestaciones médicas realizadas y el

aseguramiento del DR……………., quien realizó su

intervención con adecuación a la *lex artis*. La fractura no se apreció en el curso de la

intervención de 4/9/2017 y se desconoce si fue la propia artrodesis de la intervención la

que provocó la fractura lo que desacreditaría de plano al reproche. La información

dispensada a la paciente por el neurocirujano DR…………..

fue correcta, recogiendo el consentimiento informado los riesgos y el que

desgraciadamente aconteció de cola de caballo y además verbalmente. No procede la

aplicación de los intereses del artículo 20 de la ley de contrato de seguro pues no consta

acreditada ni tan siquiera por meros indicios la negligencia profesional. Se rechaza la

suma indemnizatoria que carece de toda base documental y es subjetiva de la

demandante, sin acreditarse la existencia de las secuelas ni tratamientos que se

expresan.

Mediante escrito de 30/4/2019 compareció ASISTENCIA SANITARIA

INTERPROVINCIAL, SA (ASISA), representada por el procurador D. Antonio Miguel

Ángel Araque Almendros y defendida por el abogado D. Juan José Moreno Hellín,

contestando a la demanda y solicitando que se dicte una sentencia desestimatoria de la

demanda con imposición de costas a la demandante. Se admite la realidad de las

prestaciones médicas realizadas negando éxitos tienen negligencia ni en el médico ni en

el hospital la Vega, ambos integrantes de su cuadro médico, si bien Dª ……….. fue

beneficiaria del colectivo de MUFACE para la asistencia sanitaria con ASISA, no

existiendo ningún tipo de relación contractual entre las partes. Se describe el concierto

sanitario con tal colectivo. No se le puede achacar responsabilidad por tener un amplio

cuadro médico de profesionales con su debida titulación, ni tampoco la culpa in

vigilando pues no hay relación jerárquica o de subordinación alguna entre los

profesionales y los centros de su cuadro médico, actuando estos con total libertad y

refiriéndose únicamente por las normas y protocolos del ámbito sanitario. No hay

negligencia en la intervención en que hubieren incurrido el doctor o el hospital pues la

propia historia clínica aportada evidencia la existencia del consentimiento tanto de

anestesia como de cirugía para la intervención quirúrgica que se le entregó a la

demandante el 15/6/2017 y reiteró el 4/9/2017, escribiéndose en el informe quirúrgico

que sí se realizó la intervención y el control con RX, además de que el hospital la Vega

cuenta con el aparataje y personal preciso para la monitorización neurofisiológica

siendo decisión del cirujano acero no uso de la misma y sin que en este caso el DR D.

…………… considerase la necesidad de dicho control que es una

herramienta complementaria y no hubiera evitado la lesión sufrida. No se detectaron

tardíamente los síntomas neurológicos deficitarios pues al día siguiente se le realizaron

pruebas y una reintervención quirúrgica urgente desde que a las 15:44 horas del 5/9 se

puso de manifiesto la clínica de la lesión. No hay nexo causal entre el error y el daño y

se impugna la suma indemnizatoria. No proceden en su contra los intereses del artículo

20 de la ley de contrato de seguro al no ser aseguradora y además serlo sólo de las

prestaciones médicas pero nunca por la responsabilidad civil.

**TERCERO.-** Citadas las partes a audiencia previa, la misma tuvo lugar el día

señalado de 10-2-2020 en la sala de audiencias de este juzgado en presencia de la

representación y defensa de todas las partes. Subsistiendo el litigio por falta de acuerdo,

se invita a las partes a que acudan a mediación, quedando enteradas.

Las partes ratifican sus pretensiones, alegando la demandante existir pruebas e

informes médicos posteriores a la demanda que califican la paraplejia como definitiva e

irreversible, que aporta.

No se impugna por las partes la autenticidad del contenido de la documental de

la contraria pero la demandante impugna que el documento 8 de la contestación pueda

tener eficacia probatoria por cuanto conforme a la ley debería estar integrado en la

historia clínica, que es un todo unitario y en esta no consta, y dice la contestacion en su

folio 8 que aporta copia facilitada por el Dr. ……….., lo que es irregular; alega

ASISA que no es un documento del hospital, siendo el médico quien le facilitó la copia;

por SSª se valorará en sentencia al ser una cuestión jurídica.

Respecto a los hechos objeto de la acción, quedaron fijados como hechos sobre

los que existe conformidad:

1. La prestación médica el 4-9-2017 en el HOSPITAL LA VEGA de MURCIA,

perteneciente a la red de ASISA, y asegurado en la demandada SEGURCAIXA;

2. La prestación se realizó por la condición de funcionaria de la demandante y los

pactos de MUFACE con ASISA, no existiendo contrato de seguro de asistencia

médica con la demandante.

3. El resultado final de síndrome de cola de caballo e invalidez.

4. Que el hospital cuenta con sistemas de control radioscópico y neurofisiológicos.

Y como hechos y cuestiones jurídicas controvertidas:

1. Si existió infracción de la *lex artis* en la prestación médica.

2. La cuantificación de la indemnización;

3. Si proceden los intereses del art. 20 LCS.

Se admitió la práctica de la siguiente prueba: por la parte actora: documental de

la demanda y aportada en la audiencia previa, y pericial (1); por la parte demandada

ASISA: documental de la contestación y de historia clínica e interrogatorio,

inadmitiéndose la pericial por preclusión del plazo; por la parte demandada

SEGURCAIXA: documental de la contestación y de historia clínica, inadmitiéndose la

pericial por preclusión del plazo.

Se señaló para la práctica del juicio el 25-3-2020, citándose a las partes y a la

demandante con apercibimiento de confesa, habiendo quedado documentado el acto en

soporte apto para la reproducción del sonido e imagen bajo la fe de la letrada de la

administración de justicia.

**CUARTO-** El acto del juicio se celebró el 11/11/2019 en presencia de todas las

partes, que comparecen y asistidas y representadas en legal forma y personalmente Dª

…………. y, declarado abierto el acto, se practicó la prueba de pericial

y, una vez practicada la anterior prueba, se concedió la palabra a las partes a fin de que

formularan alegaciones finales, lo que llevaron a efecto, ratificándose en sus respectivos

pedimentos, declarándose a continuación las actuaciones vistas para sentencia, habiendo

quedado grabado el acto en disco de reproducción del sonido e imagen bajo la fe de la

letrada de la administración de justicia.

**QUINTO.-** En la tramitación de este procedimiento se han observado las

formalidades legales pertinentes excepto el cumplimiento de los plazos por el juzgado,

ocasionado por la inabarcable cantidad de asuntos que penden ante el mismo a

consecuencia de la falta de creación de plazas judiciales.

**FUNDAMENTOS DE DERECHO:**

**PRIMERO.- Hechos probados.**

En los escritos de demandada y contestaciones se coincide básicamente en ser

cierto que Dª ……….. fue intervenida el 4-9-2017 en el HOSPITAL

LA VEGA de MURCIA de una artrodesis vertebral lumbar para corrección mecánica de

escoliosis, sufriendo una fractura por lo que sufrió una compresión de cola de caballo

que sólo se le reintervino al día siguiente, quedando a resultas de ello la misma con

lesiones muy severas con paraparesia multirradicular grave, siendo el cirujano Dr.

……….. y cuya responsabilidad civil se asegura en SEGURCAIXA

ADESLAS, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS, siendo médico y hospital del cuadro

ofertado por la asegurdora ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, SA, que

prestó la asistencia a Dª …………. como mutualista de MUFACE.

También son hechos aceptados por la demandada y acreditados del documento

de historia clínica, informes aportados en la audiencia previa e informe pericial que la

paraparesia multirradicular es grave, definitiva e irreversible a 31-1-2020 y supone un

75% de invalidez y necesidad de utilizar silla de ruedas.

**SEGUNDO.- Requisitos de la acción ejercitada contra el médico.**

Es constante la jurisprudencia en cuanto a que la actividad médica es una

obligación de medios y no de resultados, incluso en el ámbito de la cirugía estética.

Así, se recoge en la sentencia del Tribunal Supremo, Civil sección 1 del 22 de

Noviembre del 2007 ( ROJ: STS 7790/2007 Recurso: 4358/2000 | Ponente: JUAN

ANTONIO XIOL RIOS) que dice:

“A) Los actos de medicina voluntaria o satisfactiva no comportan por sí la

garantía del resultado perseguido, por lo que sólo se tomará en consideración la

existencia de un aseguramiento del resultado por el médico a la paciente cuando resulte

de la narración fáctica de la resolución recurrida (así se deduce de la evolución

jurisprudencial, de la que son expresión las SSTS 25 de abril de 1994, 11 de febrero de

1997, 7 de abril de 2004, 21 de octubre de 2005, 4 de octubre de 2006 y 23 de mayo de

2007 )”.

Siguiendo lo recogido en la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de febrero de

2015 (Antonio Seijas):

“El daño fundamenta la responsabilidad y éste se produjo como consecuencia de

la negligencia médica. El criterio de imputación resulta del artículo 1902 CC y exige del

paciente la demostración de la relación o vínculo de causalidad entre el daño y el

equivocado diagnóstico, así como la culpa en el sentido de que ha quedar plenamente

acreditado que el acto médico o quirúrgico fue realizado con infracción o no-sujeción a

las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo (STS 24 de noviembre de

2005; 10 de junio 2008), ya que a la relación causal material o física ha de sumarse el

reproche culpabilístico, sin lo cual no hay responsabilidad sanitaria”

En el mismo sentido la sentencia de la Audiencia Provincial de Baleares, Civil

sección 5, del 23 de Diciembre del 2009 (ROJ: SAP IB 1700/2009 Recurso: 562/2009 |

Ponente: MATEO LORENZO RAMON HOMAR):

“La responsabilidad civil médica no conforma una manifestación de

responsabilidad objetiva, sino que la atribución al personal médico tratante requiere la

concurrencia de culpa o negligencia por su parte ( arts. 1.902 y 1.101 del Código civil )

como indiscutible expresión de una responsabilidad subjetiva, por omisión de la

diligencia debida, esto es, por inobservancia de la "lex artis ad hoc", que obliga al

personal sanitario a emplear los medios que la ciencia de la medicina ofrece, lo que

comprende la obligación de actualización de los conocimientos adquiridos, en el

diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, motivo por el cual la obligación

que asume el médico es de medios y no de resultados. Así en la STS de 4 de octubre de

2.007 se señala que "la actividad que debe el médico, a quien se reputan los necesarios

conocimientos técnicos, es la de un experto profesional, que, como tal, queda obligado

no ya a actuar con la diligencia de un buen padre de familia, sino a aplicar las energías,

medios y conocimientos que, según el estado de la ciencia, "lex artis" o conjunto de

saberes y técnicas propias de su profesión, estaban objetivamente a su alcance para el

logro de aquel fin" -Sentencia de 30 de diciembre de 2004 , y las que cita-. En parecido

sentido, las STS de 23 de mayo y 18 de diciembre de 2.006 .”

Y esta doctrina se reitera en la sentencia de 20-11-2009 (STS 6873/2009 Nº

Sentencia: 778/2009 Nº Recurso: 1945/2005) y en la sentencia de Tribunal Supremo,

Civil sección 1 del 30 de Junio del 2009 (ROJ: STS 4687/2009 Recurso: 222/2005,

Ponente, en ambas, JOSE ANTONIO SEIJAS QUINTANA) que reitera la doctrina,

aclara que no es aplicable la legislación de Consumidores y Usuarios, que sólo resulta

aplicable en relación con los aspectos organizativos o de prestación de servicios

sanitarios, no afectando a los actos médicos propiamente dichos y expresa:

“La distinción entre obligación de medios y de resultados (" discutida obligación

de medios y resultados ", dice la STS 29 de junio 2007 ), no es posible en el ejercicio de

la actividad médica, salvo que el resultado se garantice, incluso en los supuestos más

próximos a la llamada medicina voluntaria que a la necesaria o asistencial, cuya

diferencia tampoco aparece muy clara en los hechos, sobre todo a partir de la asunción

del derecho a la salud como bienestar en sus aspectos psíquicos y social, y no sólo

físico. La responsabilidad del profesional médico es de medios, y como tal no puede

garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente

los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas

para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena

praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con

las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a

proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar

una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin

alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al

componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que

se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos

los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto

en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea

subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad

de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto

médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de

causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la lex artis, cuando está

reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos

los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la

medicina actual (STS 12 de marzo 2008 ). Las doctrinas sobre medicina curativamedicina

satisfactiva, y sobre obligación de medios-obligación de resultado, dice la

sentencia de 23 de octubre de 2008 , no se resuelven en respuestas absolutas, dado que

según los casos y las circunstancias concurrentes caben ciertos matices y moderar las

consecuencias. Las singularidades y particularidades, por tanto, de cada supuesto

influyen de manera decisiva en la determinación de la regla aplicable al caso y de la

responsabilidad consiguiente. En este sentido, la sentencia de 22 de noviembre de 2007 ,

analizando un supuesto de medicina voluntaria o satisfactiva, declara que "no

comportan por sí la garantía del resultado perseguido, por lo que sólo se tomará en

consideración la existencia de un aseguramiento del resultado por el médico a la

paciente cuando resulte de la narración fáctica de la resolución recurrida (así se deduce

de la evolución jurisprudencial, de la que son expresión las SSTS 25 de abril de 1994,

11 de febrero de 1997, 7 de abril de 2004, 21 de octubre de 2005, 4 de octubre de 2006

y 23 de mayo de 2007 )".

**TERCERO.- Realidad del daño y causalidad con la intervención médica;**

**lex artis.**

Como se ha expuesto, y aceptan todas las partes, es la parte demandante y la que

debe acreditar la realidad del daño y su causalidad con la intervención médica, además

de su correcta cuantificación, de conformidad con los artículos 1101, 1902 y

concurrentes CC y la doctrina jurisprudencial pacífica aplicable a los daños y perjuicios

causados indistintamente por responsabilidad contractual o extracontractual. En este

sentido se expresa la sentencia del Tribunal Supremo, Civil sección 1 del 18 de Julio del

2012 (ROJ: STS 5289/2012, Recurso: 916/2009 | Ponente: RAFAEL GIMENOBAYON

COBOS) que expresa:

“2.2. La prueba del daño. 27. El artículo 1101 del Código Civil , al imponer a

quien incumple la obligación de indemnizar, limita la misma a "los daños y perjuicios

causados", sin presumir su concurrencia por el hecho del incumplimiento, de tal forma

que los daños efectivamente causados al agente por no haberle avisado anticipadamente

el empresario de su voluntad de denunciar la relación contractual, como afirma la

sentencia 991/2007, de 28 de septiembre " como regla, pueden ser indemnizados

conforme a las normas generales de los contratos -y, claro está, tras probar su realidad,

dado que la omisión del preaviso no los genera de modo necesario, conforme a reiterada

jurisprudencia relativa a todo incumplimiento de obligaciones contractuales: sentencias

de 28 de diciembre de 1999 , 26 de julio de 2001 y 30 de abril de 2002 , entre otras

muchas-".”

La prueba pericial practicada a instancia de la demandante por D. ……….. de informe pericial e intervención en el acto del juicio concluye

afirmando que:

En primer lugar, no se ha aportado documentación previa al ingreso que

demuestre un seguimiento de la paciente y un razonamiento que permitiese llegar al

diagnóstico, pues no se define con exactitud la deformidad ni tampoco las causas por las

que se eligieron las técnicas de intervención ni se aprecia gravedad, de lo que concluye

que el estudio previo no está agotado y falta un estudio funcional de electro biografía,

no estando agotado el tratamiento conservador o el tratamiento del dolor, de lo que se

infiere que se habría sometido a la demandante a una intervención con graves riesgos no

suficientemente justificada, pues la escoliosis sale solamente después y no antes de la

intervención, lo que es especialmente grave en el supuesto de autos en que es un hecho

no discutido que la intervención tenía descritas complicaciones graves -una de ellas la

que finalmente ha padecido la demandante- y muy en particular mediante la técnica de

intervención de XLIP utilizada en la que los estudios describen un muy elevado riesgo

de complicaciones graves, lo que no le hace un método contraindicado pero sí debe

limitar su uso, siendo relevante también que están descritas otras posibilidades de

intervención con riesgos menores en cirugía mínimamente invasiva.

Además, afirma el perito, la utilización de técnicas de fijación XLIF requiere una

ejecución extremadamente cuidadosa en la que la orientación de los dispositivos es

fundamental, si bien se refiere que antes de la cirugía se utilizaron rayos x, que imagina

el perito de radioscopia, para localizar los puntos de entrada, no queda en absoluto

recogido en la historia clínica que durante la realización de la técnica quirúrgica de

inserción se hubieran utilizado métodos de imagen que ayudasen y sirviesen de control

para la utilización de dichos dispositivos XLIF, de modo que la falta de ayudas para

orientar la introducción de los dispositivos intersomáticos favorece que se puedan

producir complicaciones muy graves, que son frecuentes y altamente probables por la

zona anatómica, siendo la correcta orientación de los dispositivos XLIF crucial. Lo

anterior hace esencial la monitorización intraoperatoria y una valoración de los “PESS”

especialmente si se trata de escoliosis degenerativa como era el caso, lo que hubiera

permitido una inmediata detección de la aparición de problemas desde el punto de vista

motor o sensitivo o de un posible daño radicular, siendo la falta de medios la que

favorece la aparición de complicaciones que se tenían que haber evitado mediante la

colocación del dispositivo con un adecuado control radioscopico que no consta que se

hubiera realizado, que hubiera evitado o detectado a tiempo las complicaciones. Las

complicaciones se afirman sin género de dudas por el perito durante la introducción del

dispositivo XLIF. Así estos métodos de monitorización como diagnóstico están

indicados en todos los estudios y hubieran permitido primero conocer el buen estado del

muro y segundo conocer la distancia con el segmento neurológico, siendo exigible que

se utilicen todos los métodos para descartar complicaciones, conociendo cuando el

cuerpo está debilitado y también la orientación para ver dónde vamos, no existiendo

evidencia en la historia clínica de que se hubiera utilizado radioscopia durante la

intervención, siendo un método el de radio más monitorización unánimemente

requerido y cuya utilización para el método de XLIF, particularmente por el coste tan

alto del riesgo de paresia.

De lo anterior, se acredita la negligencia en la intervención del Dr. ……….., y con ello la responsabilidad de su aseguradora SEGURCAIXA.

Por otra parte, señala el perito, otra negligencia es el retraso en valorarse la

sintomatología neurológica de la paciente pues sólo a las 15:44 horas del 5/9 se puso de

manifiesto la clínica de la lesión pero no consta que en ningún momento desde la

finalización de la intervención se comprobase que ésta era normal, por lo que se perdió

la oportunidad de haber actuado de una forma más precoz y con ello reducir el daño y

las secuelas, si bien a partir de tal momento se actuó con la urgencia correcta, para

entonces existía ya un importante hematoma de extensión notable que debió efectuarse

con una defectuosa orientación en la inserción del dispositivo XLIF pero del que no se

percataron hasta que transcurrieron 24 horas casi. En este sentido es evidente en la

historia clínica aportada que una vez que a las 17:45 horas del 4/9 termina el informe de

anestesia pasando a reanimación no consta que se comprobase la sintomatología

neurológica pues sólo se recoge situación estable, dolor controlado, la medicación y un

buen ritmo diurético, pasando a planta a las 21:20 horas, sin que tampoco al llegar a

planta con el correspondiente control en el informe de enfermería realizado a las 21:57

horas se indique ninguna comprobación sobre la movilidad de las piernas, control este

que desde luego por su importancia de haberse realizado debía haber constado en la

historia clínica, insistiendo en el perito en el juicio que tras la anestesia es esencial

buscar lo antes posible la movilidad voluntaria sin que exista esto ninguna referencia,

insistiendo en el acto del juicio que la lesión puede ser evolutiva, es decir, que empeora

en el tiempo por lo que es urgente detectar signos de alarma para intervenir, lo que no se

realizó.

De lo anterior, se acredita el defectuoso servicio prestado por el equipo sanitario

responsable desde el momento de la reanimación y hasta la intervención del Dr. ……….. a las 15:44 horas del 5/9 que puso de manifiesto la clínica de la

lesión, de lo que se ha de concluir en la responsabilidad civil de ASISA.

**CUARTO.- Consentimiento informado; lex artis.**

Se alega por Dª ……………… que tampoco se cumplió el

consentimiento previo, al no ser éste correctamente informado.

En relación con los requisitos del consentimiento informado, la sentencia del

Tribunal Supremo, Civil sección 1, del 23 de octubre de 2015 (Sentencia: 566/2015 |

Recurso: 2213/2013 | Ponente: JOSE ANTONIO SEIJAS QUINTANA-ROJ: STS

4289/2015 - ECLI:ES:TS:2015:4289) expresa:

“1.- La Ley 42/2002, de 14 de noviembre, dice la *sentencia de 11 de abril 2013* ,

consagra en su artículo 1, vigente en el momento de los hechos, los derechos y

obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y

servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de

información y documentación clínica, entre los que incluye -artículos 4 y 5- el derecho a

que se le comunique de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, a el o a las

personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, toda la información

disponible, verbal o escrita, según los casos, con motivo de cualquier actuación en el

ámbito de su salud que le ayude a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre

voluntad, incluyendo como información básica - artículo 10.1- "los riesgos o

consecuencias seguras y relevantes, los riesgos personalizados, los riesgos típicos, los

riesgo probables y las contraindicaciones", excepto -artículo 9- cuando existe riesgo

inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible

conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus

familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Como con reiteración ha dicho esta Sala, el consentimiento informado es

presupuesto y elemento esencial de la lex artis y como tal forma parte de toda actuación

asistencial ( *SSTS 29 de mayo* ; *23 de julio de 2003* ; *21 de diciembre 2005* ; *15 de*

*noviembre de 2006* ; *13* y *27 de mayo de 2011* ), constituyendo una exigencia ética y

legalmente exigible a los miembros de la profesión médica, antes con la Ley 14/1986,

de 25 de abril, General de Sanidad, y ahora, con más precisión, con la ley 41/2002, de

14 de noviembre de la autonomía del paciente, en la que se contempla como derecho

básico a la dignidad de la persona y autonomía de su voluntad.

Es un acto que debe hacerse efectivo con tiempo y dedicación suficiente

y que obliga tanto al médico responsable del paciente, como a los profesionales que le

atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación

médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud.

Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle

hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la

intervención sobre su particular estado, y en su vista elegir, rechazar o demorar una

determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro

distinto.

2.- Con la misma reiteración ha declarado esta Sala que la información

por su propia naturaleza integra un procedimiento gradual y básicamente verbal que es

exigible y se presta por el médico responsable del paciente ( *SSTS 13 de octubre 2009* ;

*27 de septiembre de 2010* ; *1 de junio 2011* ). Es, además, acorde con el contenido del

derecho fundamental afectado y con la exigencia de una interpretación de la legalidad

en sentido más favorable a la efectividad del derecho fundamental, como exige la *STC*

*de 29 de marzo de 2010* , que tuvo en este caso como destinatario a un paciente que

conocía perfectamente la intervención a la que se sometía, puesto que se había

practicado una primera colonoscopia en el mismo centro, respecto de la cual no niega

que recibiera información escrita, la misma que recibió para la segunda del día 22 de

mayo de 2008, en la que consta detallado, entre otros riesgos, el de perforación, y a las

que prestó su conformidad de una forma expresa, mediante la suscripción antes de la

intervención de los pertinentes documentos de consentimiento informado redactados de

una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, lo que le permitió hacerse cargo

o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la colonoscopia y de la

posibilidad de sustraerse a la misma o por optar por cualquier otra alternativa, y lo que

no es posible es poner a cargo del facultativo una prueba distinta de la que resulta del

documento informativo, máxime cuando la intervención practicada encaja con una

forma lógica de hacer las cosas. La actuación decisoria pertenece al enfermo y afecta a

su salud y como tal es la información que recibe lo que le permite adoptar la solución

más favorable a sus intereses, incluso en aquellos supuestos en los que se actúa de

forma necesaria sobre el enfermo para evitar ulteriores consecuencias ( *SSTS 4 de marzo*

*2011* ; *8 de septiembre 2015* ). Ambas cosas: información y consentimiento concurren

en este caso.

3.- Es el médico responsable del paciente quien garantiza al paciente el

cumplimiento de su derecho a la información, según el *artículo 4.3 de la Ley 41/2002* ,

es decir, el profesional que procura que este reciba información suficiente acerca del

procedimiento médico al que se va a someter o el que debe practicar la actuación en el

ámbito de la salud del paciente, y es lo cierto, y lo importante en este caso, que el Sr.

Juan Pedrohabía sido informado y conocía de antemano uno de los riesgos típicos e

inherentes a la colonoscopia que finalmente se materializó y lo que tampoco es posible

es convertir ambos presupuestos, información y consentimiento, en una cuestión

meramente burocrática en contra de quieres pusieron a disposición del paciente todos

los medios adecuados para cumplimentar el acto médico en cuestión, como es el de la

información sobre una intervención que ya conocía previamente y que se reiteró con

motivo de la segunda colonoscopia de la que derivó el daño”.

En primer lugar, debe zanjarse la polémica en cuanto a la fecha en que Dª

………… prestó el consentimiento informado, pues la revisión de la historia clínica

acredita sin género de duda que se realizaron dos, de idéntico contenido, uno firmado el

15/6/2017 y otro firmado el 4/9/2017, y además en la relación de asistencias prestadas a

Dª ………..(doc. 4 contestación ASISA) se objetiva una consulta para revisión ante el

Dr. ……………… tal día, lo que corrobora la autenticidad y realización del

mismo, por lo que ha de considerarse prestado con suficiente antelación.

Sin embargo, tal consentimiento ha de calificarse de manifiestamente

insuficiente en cuanto a los riesgos o complicaciones graves por tratarse de un

consentimiento con generalidades o términos incomprensibles, por lo que en realidad

ninguna información están aportando al cliente sobre los verdaderos riesgos y su

gravedad, y muy en particular respecto al riesgo sufrido que es denominado "lesión de

cola de caballo", es decir, un riesgo que no dice absolutamente nada a cualquier

ciudadano ajeno a estudios sanitarios profundos, pues sin duda para cualquier mujer de

más de 40 años una cola de caballo es solamente una coleta alta con la que se recoge el

cabello de la cabeza o la cola de un equino; con lo sencillo que hubiera sido recoger

abiertamente un riesgo de parálisis de los miembros inferiores.

En este mismo sentido, el Informe pericial realizado por D. …………..concluye en su insuficiencia al no plantearse posibles alternativas al

tratamiento realizado, que, como antes se ha analizado, no será acreditado que si

hubieran optado y además no expone con claridad el riesgo relativamente frecuente de

aparición de complicaciones neurológicas muy graves que llegan a superar el 75% de

posibilidades para el componente sensitivo y un 33,6% para el componente motor. Es

decir, como concluye el perito, el consentimiento fue prestado sin una debida

.información previa sobre las posibilidades de otras técnicas terapéuticas ni sobre los

riesgos de complicaciones.

Y en este punto ha de considerarse irrelevante el documento de consentimiento

para la solicitud de tejido óseo (doc. 8 contestación ASISA) que, en primer lugar carece

de validez al efecto pretendido por cuanto de la documental remitida por el hospital de

la Vega se evidencia que no se incluyó en la historia clínica pese a recogerse en el

mismo el número de esta, por lo que no puede producir eficacia probatoria alguna en

este proceso conforme a la sana crítica al existir una historia clínica incompleta que en

consecuencia ocultar datos, y, en segundo lugar, porque de su contenido no se extrae

absolutamente nada relevante en cuanto a los déficits de información antes apuntados.

Y de las graves deficiencias de este consentimiento informado, totalmente causal

con la lesión finalmente padecida, son responsables tanto el médico como el hospital,

por lo que deben responder ambas demandadas.

**QUINTO.- Responsabilidad de la aseguradora médica ASISA.**

Además de lo anterior, justifica la demanda su pretensión de condena a la

aseguradora ASISA, achacándole una genérica culpa *in vigilando* e *in eligiendo* prevista

en el artículo 1903 del código civil o la normativa de la ley del contrato de seguro, con

cita de diversas sentencias.

La sentencia de la Audiencia Provincial Civil de Madrid, Civil sección 13, del

17 de octubre de 2014 (Sentencia: 351/2014 | Recurso: 574/2013 | Ponente: JOSE

GONZALEZ OLLEROS ROJ: SAP M 14346/2014 - ECLI:ES:APM:2014:14346) que

realiza un interesante estudio de la jurisprudencia sobre este extremo y declara:

“La S.T.S. de 19 de julio de 2.013 dice que "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

igualas 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. 1903,4º CC , 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".

Y la S.T.S. de 4 de junio de 2.009 que la anterior cita, desarrollando más

ampliamente la cuestión precisa respecto de dicha cuestión que "I.- La responsabilidad

de las entidades de seguros de asistencia sanitaria por una mala praxis de los

facultativos, personal sanitario o Centros médicos, tal y como señala la sentencia de 4

de diciembre de 2007 , 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: (a) Responsabilidad por hecho ajeno

dimanante de la existencia de una relación de dependencia contemplada en el artículo

1903 I y IV CC . La existencia de una relación de dependencia no parece ofrecer duda

en aquellos supuestos en los cuales la relación de los médicos con la aseguradora de

asistencia médica es una relación de naturaleza laboral. Sin embargo, en la mayoría de

los casos esta relación es la propia de un arrendamiento de servicios entre la entidad

aseguradora y el prestador sanitario, según la califica habitualmente la jurisprudencia (

SSTS de 12 febrero 1990 ; 10 de noviembre de 1999 ). El hecho de que los facultativos

presten sus servicios con total libertad de criterio, de acuerdo con sus conocimientos

científicos y técnicos, sin interferencias de las aseguradoras, supone que en principio

responde por sí mismo -siempre que reúna las cualidades adecuadas y por ello deba

estimarse correctamente seleccionado por parte del empresario; y siempre que éste no

ejerza una función de control sobre su actividad-, por lo que en alguna de estas

sentencias se contempla algún elemento adicional, como el hecho de la elección directa

del médico por la aseguradora. (b) Responsabilidad derivada de naturaleza contractual

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 igualas 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". (c) Responsabilidad sanitaria con base en la llamada

doctrina o principio de apariencia, o de los actos de publicidad que se integran en el

contenido normativo del contrato con arreglo a la legislación de consumidores ( STS 2

de noviembre 1999 : el seguro se contrató en atención a la garantía de la calidad de los

servicios que representa el prestigio de la compañía, con lo que sus obligaciones

abarcan más allá de la simple gestión asistencial, y también en la STS de 4 de octubre

de 2004 , en la que se toma en consideración que se garantizaba expresamente una

correcta atención al enfermo). En todos estos casos, los médicos actúan como auxiliares

de la aseguradora y en consecuencia corresponde a ésta la responsabilidad de la

adecuada prestación a que se obliga a resultas del contrato frente al asegurado , dado

que la actividad de los auxiliares se encuentra comprometida por el deudor según la

naturaleza misma de la prestación. La garantía de la prestación contractual se tiene en

cuenta, pues, como criterio de imputación objetiva, cuando aparece que la posición de la

compañía no es la de mero intermediario, sino la de garante del servicio. Desde esta

perspectiva, la responsabilidad de la aseguradora tiene carácter contractual, pero no

excluye la posible responsabilidad del profesional sanitario frente al paciente con

carácter solidario respecto a la aseguradora y sin perjuicio de la acción de regreso de

ésta contra su auxiliar contractual. (d) Responsabilidad derivada de la existencia de una

intervención directa de la aseguradora en la elección de los facultativos o en su

actuación ( STS 2 de noviembre de 1999 ). Este tipo de responsabilidad opera en el

marco de la relación contractual determinante de una responsabilidad directa de la

aseguradora , pero no es infrecuente la referencia a las disposiciones del Código Civil

que regulan la responsabilidad por hecho de otro en el marco de la extracontractual. La

sentencia de 21 de junio de 2006 parte del hecho de que la comadrona estaba incluida en

el cuadro facultativo de la aseguradora, y otras, más numerosas, de las Audiencias

Provinciales, suelen considerar suficiente la inclusión del facultativo en el cuadro

médico de la aseguradora para inferir la existencia de responsabilidad por parte de ésta

derivada de la culpa in eligiendo. Resulta indudable que el examen de las circunstancias

de cada caso concreto es ineludible para concretar si la inclusión en el cuadro médico

comporta el establecimiento de una relación de dependencia o auxilio contractual con la

aseguradora. (e) Responsabilidad en aplicación de la Ley de Consumidores y Usuarios

(artículos 26 y 28 , en la redacción anterior al Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de

noviembre). Según la más reciente jurisprudencia, dada su específica naturaleza, este

tipo de responsabilidad no afecta a los actos médicos propiamente dichos, dado que es

inherente a los mismos la aplicación de criterios de responsabilidad fundados en la

negligencia por incumplimiento de la lex artis ad hoc. Por consiguiente, la

responsabilidad establecida por la legislación de consumidores únicamente es aplicable

en relación con los aspectos organizativos o de prestación de servicios sanitarios, ajenos

a la actividad médica propiamente dicha ( SSTS de 5 de febrero de 2001 ; 26 de marzo

de 2004 ; 17 de noviembre de 2004 ; 5 de enero de 2007 y 26 de abril de 2007 )".

En el presente caso, la sentencia recurrida, sustenta la responsabilidad de la

demandada tanto en el incumplimiento extracontractual por hecho ajeno, como en el

contractual derivado de la defectuosa prestación sanitaria. Como reitera la última de las

Sentencias citadas "Las prestaciones del contrato de seguro de asistencia sanitaria no se

limitan a facilitar los servicios sanitarios a través facultativos, clínicas e instalaciones

adecuadas. El art.105 L.C.S . le da un carácter más amplio diferenciándolo del seguro

de enfermedad al señalar que: "Si el asegurador asume directamente la prestación de los

servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de

los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan". Ahora bien,

y así lo dice la recurrida, este carácter netamente contractual no supone confusión

alguna de los ámbitos de la responsabilidad. "Se hacen con un solo designio; dejar claro

que la posición de la compañía no es la de mero intermediario, sino la de garante del

servicio, a los efectos de la diligencia exigible en los ámbitos de la culpa

extracontractual en la que nos movemos". "De esa forma, se llega a la condena por vía

del art.1903 C.C . a partir de la existencia de una relación de dependencia entre la

sociedad de seguros y la enfermera demandada (en nuestro caso los ginecólogos que

atendieron a la actora), que no es de carácter laboral directa puesto que no es contratada

laboral de plantilla de....(en nuestro caso Antares), sino indirecta por razón del concierto

con.... (en nuestro el Hospital Quirón) donde .....(los referidos facultativos) presta sus

servicios, ya que la función del asegurador "no es la de facilitar cuadros médicos,

clínicas, enfermeras, o centros de diagnóstico mencionados en sus cuadros clínicos, sino

la de asumir directamente la prestación del servicio, y garantizar la corrección, e

idoneidad de los medios personales y materiales empleados"; argumento que sería

suficiente para establecer la responsabilidad por hecho ajeno desde la idea de que la

entidad aseguradora no actúa como simple intermediario entre el médico y el asegurado,

sino que garantiza el servicio, dándose la necesaria relación de dependencia entre uno y

otra bien sea por vínculos laborales, bien por razón de contrato de arrendamiento de

servicios profesionales que pone a disposición de su asegurado-cliente. Al asegurado se

le garantiza la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda, en los términos

que autoriza la Ley de Contrato de Seguro y lo convenido en el contrato, y esta relación

que se establece entre una y otra parte garantiza al asegurado el pago por la aseguradora

no solo el coste económico de las operaciones médicas, y los gastos de estancia y

manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, sino también las

prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza por medio de médicos, servicios o

establecimientos propios de (en nuestro caso el Hospital Quirón) que de esa forma

vienen a actuar como auxiliares contractuales para la realización de las prestaciones, a

partir de lo cual es posible responsabilizarla por los daños ocasionados, ya sea por

concurrir culpa in eligendo o porque se trata de la responsabilidad por hecho de tercero.

La obligación del asegurador no termina con la gestión asistencial, sino que va más allá,

en atención a la garantía de la calidad de los servicios que afectan al prestigio de la

compañía y consiguiente captación de clientela.......Estamos ante unas prestaciones que

resultan del contrato de seguro , contrato que no se limita a cubrir los daños que se le

producen al asegurado cuando tiene que asumir los costes para el restablecimiento de su

salud, sino que se dirige a facilitar los servicios sanitarios incluidos en la Póliza a través

de facultativos, clínicas e instalaciones adecuadas, conforme resulta del artículo 105 de

la Ley del Contrato de Seguro , con criterios de selección que se desconocen, más allá

de lo que exige la condición profesional y asistencial que permite hacerlo efectivo, que

impone la propia aseguradora para ponerlos a disposición del paciente al que se le

impide acudir a un profesional o centro hospitalario distinto y que puede resultar

defraudado por una asistencia carente de la diligencia y pericia debida por parte de

quienes le atienden. Y si bien es cierto, como apunta algún sector de la doctrina, que

posiblemente sería necesaria una mejor delimitación de los artículos 105 y 106 de la

LCS , que estableciera el alcance de las respectivas obligaciones de las partes y su

posición frente a los errores médicos y hospitalarios, también lo es que la redacción

actual no permite otros criterios de aplicación que los que resultan de una reiterada

jurisprudencia de esta Sala sobre el contenido y alcance de la norma y la

responsabilidad que asumen las aseguradoras con ocasión de la defectuosa ejecución de

las prestaciones sanitarias por los centros o profesionales, como auxiliares de las

mismas en el ámbito de la prestación contractualmente convenida, en unos momentos

en que la garantía y calidad de los servicios mediante sus cuadros médicos se oferta

como instrumento de captación de la clientela bajo la apariencia y la garantía de un

servicio sanitario atendido por la propia entidad".

En el presente caso ha quedado acreditada la grave negligencia del centro

hospitalario HOSPITAL DE LA VEGA en los términos antes señalados, y ha de

estimarse la pretensión y condenarse a la aseguradora.

**SEXTO.- Prueba y cuantificación del daño y perjuicios.**

Respecto al daño y su valoración, es el perjudicado que reclama la

indemnización quien tiene la carga de probar cumplidamente la realidad daño y su

correcta cuantificación, como recoge el art. 1100 CC y reiteradamente ha recogido la

doctrina jurisprudencial aplicable a los daños y perjuicios causados indistintamente por

responsabilidad contractual o extracontractual. En este sentido se expresa la sentencia

del Tribunal Supremo, Civil sección 1 del 18 de Julio del 2012 (ROJ: STS 5289/2012**,**

Recurso: 916/2009 | Ponente: RAFAEL GIMENO-BAYON COBOS) que expresa:

“2.2. La prueba del daño. 27. El artículo 1101 del Código Civil , al imponer a quien

incumple la obligación de indemnizar, limita la misma a "los daños y perjuicios

causados", sin presumir su concurrencia por el hecho del incumplimiento, de tal forma

que los daños efectivamente causados […], como afirma la sentencia 991/2007, de 28

de septiembre " como regla, pueden ser indemnizados conforme a las normas generales

de los contratos -y, claro está, tras probar su realidad, […], conforme a reiterada

jurisprudencia relativa a todo incumplimiento de obligaciones contractuales: sentencias

de 28 de diciembre de 1999 , 26 de julio de 2001 y 30 de abril de 2002 , entre otras

muchas-".”

Si bien, siempre partiendo de la regla básica de que debe procederse a la

reparación integral del daño, respecto a lo que la sentencia del Tribunal Supremo, Civil

sección 1, del 18 de julio de 2012 ( ROJ: STS 6077/2012 Sentencia: 470/2012 |

Recurso: 1279/2009 | Ponente: FRANCISCO JAVIER ARROYO FIESTAS) expresa:

“Este Tribunal debe manifestar que al amparo de los arts. 1124 , 1101 y 1106 del

Código Civil invocados en el motivo del recurso y, en su día en la demanda, se han de

valorar la totalidad de los perjuicios padecidos con el fin de alcanzar una reparación

integral, incluyéndose el importe y los gastos derivados del negocio de sustitución o

compraventa de reemplazo ( STS 14-5-2003, rec. 2717 de 1997 ), […] El

restablecimiento al estado inicial ("restitutio in integrum") como principio ideal acarrea

que el perjudicado debe ser indemnizado "de forma total", tanto en el daño material

como en el moral, tanto en lo que se refiere al daño emergente como al lucro cesante (

sentencia de 22 de febrero de 1982 ); es decir, el perjudicado debe ser restituido a la

situación anterior a la producción del hecho que dio lugar al daño.”

Y recoge a su vez la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, Civil

sección 11 del 04 de febrero de 2014 (ROJ: SAP M 1245/2014**,** Sentencia: 36/2014|

Recurso: 805/2012| Ponente: MARIA DE LOS DESAMPARADOS DELGADO

TORTOSA), que, citando a su vez lo expresado en la sentencia de la misma audiencia

de Madrid 12.6.2013, Sección 20, expresa: “A la hora de analizar la pretensión de

indemnización, hemos de partir de la consolidada doctrina según la cual, la obligación

de reparar los daños causados, que la ley impone al responsable de una actuación

culpable, ha de abarcar la totalidad de los prejuicios efectivamente causados, al regir en

nuestro derecho el principio de la restitución integral, en aplicación del artículo 1902 y

concordantes del código civil . Ahora bien, ello exige a quien los reclama, la cumplida

prueba de haberlos tenido que soportar y de que los mismos son consecuencia directa

del obligado a repararlos.

Por consiguiente, aplicando el principio del "resarcimiento integral", tendente a que el

perjudicado vea reparado en su totalidad el daño …/... Basta que se manejen precios de

mercado contrastados, que además sean reales, homogéneos y uniformes, y que éstos

los ofrezca la base de datos utilizada, tal como afirma el perito judicial, para poder ser

tomados en consideración.”

Para la cuantificación del daño, y en contra de lo que ahora es habitual, no ha

utilizado la parte demandante de forma analógica, el baremo para las indemnizaciones

por daños y perjuicios causados en accidentes de circulación sino que ha optado por una

suma global y reclama 500.000 € alegando que el daño ha supuesto la absoluta quiebra

vital de la actora que era perfectamente autónoma para todos sus quehaceres de la vida

diaria y no tenía ninguna discapacidad reconocida, habiendo quedado con paraparesia

de los miembros inferiores confinada a una silla de ruedas, con pérdida de fuerza en los

miembros inferiores, tratamiento a día de hoy de rehabilitación neurorehabilitación y

terapia ocupacional, realizando algunas de las actividades básicas de la vida diaria pero

con índices de discapacidad muy elevados, dolor crónico manifiesto, índice de

discapacidad reconocido del 75% y dependencia de terceros para actos de la vida diaria,

habiendo estado de baja por días impeditivos desde el 4/9/2017 al 30/7/2018, arruinada

en todos los órdenes de la vida física, emocional, social, laboral y económico, con un

perjuicio estético severo propio de una persona inválida en una silla de ruedas más las

cicatrices, y un importantísimo daño moral con tratamiento con antidepresivos,

ansiolíticos y somníferos.

En primer lugar, tal como oponen las demandadas, no ha practicado la

demandante prueba alguna sobre la existencia de los tratamientos indicados, más allá de

los de rehabilitación reflejados en la documental aportada por la demandante en la

audiencia previa, sin que conste tratamiento alguno por depresión o para el dolor, pues

ni tan siquiera se recogen en el informe pericial que, más allá de la paraparesia

multirradicular y la necesidad de silla de ruedas y discapacidad antes considerados

probados, sólo indica la presencia de un dolor manifiesto.

En particular sobre el daño moral, la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1ª, de

30-11-2011 (nº 906/2011, rec. 2155/2008. Pte: Xiol Ríos, Juan Antonio,

EDJ 2011/337679) analiza y confirma la doctrina jurisprudencial en relación con la

indemnización del daño moral nacido de las lesiones corporales y en aplicación

extensiva de la regulación existente para lesiones producidas con ocasión de la

circulación de vehículos de motor.

En similar sentido, la sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 20

octubre 2009 (referencia El Derecho EDJ 2009/305160) recoge y resume con acierto la

jurisprudencia sobre la materia, resaltando que tal daño moral un daño referido con la

dignidad de la persona o con el dolor físico o psíquico o espiritual, expresando:

“Respecto de los daños morales hemos de traer a colación una doctrina jurisprudencial

reiterada, así STS 28 de febrero de 2008, recurso 5218/2000 EDJ2008/128022 "Los

daños morales afectan a intereses espirituales del ser humano, es el daño no económico,

que puede afectar a la dignidad de la persona (sentencias de 17 de febrero de 2005

EDJ2005/11819 y 28 de marzo de 2005 EDJ2005/33585 ) o al dolor físico o anímico

(pretium doloris)", STS 14 de julio de 2006 EDJ2006/105557 "La situación básica para

que pueda darse lugar a un daño moral indemnizable consiste en un sufrimiento o

padecimiento psíquico (Sentencias de 22 de mayo de 1995 EDJ1995/2454 , 19 de

octubre de 1996 EDJ1996/8164 y 24 de septiembre de 1999 EDJ1999/27831 ). La

reciente jurisprudencia se ha referido a diversas situaciones, entre las que cabe citar el

impacto o sufrimiento psíquico o espiritual (Sentencia de 23 de julio de 1990

EDJ1990/7963 ), impotencia, zozobra, ansiedad, angustia (Sentencia de 6 de junio de

1990), la zozobra, como sensación anímica de inquietud, pesadumbre, temor o presagio

de incertidumbre (Sentencia de 22 de mayo de 1995 EDJ1995/2454 ), el trastorno de

ansiedad, impacto emocional, incertidumbre consecuente, (Sentencia de 27 de enero de

1998 EDJ1998/572 ), impacto, quebrantamiento o sufrimiento psíquico (Sentencia de 2

de julio de 1999) (Sentencia del Tribunal Supremo de 31 de mayo de 2000

EDJ2000/15178 ). Si bien los daños morales en sí mismos carecen de valor económico,

no por eso dejan de ser indemnizables, conforme a conocida y reiterada jurisprudencia

civil, en cuanto actúan como compensadores en lo posible de los padecimientos

psíquicos irrogados a quien se puede considerar víctima, y aunque el dinero no actúe

como equivalente, que es el caso de resarcimiento de daños materiales, en el ámbito del

daño moral la indemnización al menos palia el padecimiento en cuanto contribuye a

equilibrar el patrimonio, permitiendo algunas satisfacciones para neutralizar los

padecimientos sufridos y la afección y ofensa que se implantó, correspondiendo a los

Tribunales fijarlos equitativamente (Sentencias de 19 de diciembre de 1949, 25 de julio

de 1984, 3 de julio de 1991, 27 de julio de 1994 EDJ1994/6228, 3 de noviembre de

1995 EDJ1995/6166 y 21 de octubre de 1996 EDJ1996/6432), atendiendo a las

circunstancias de cada caso y a la gravedad de la lesión efectivamente producida

(Sentencia del Tribunal Supremo de 24 de septiembre de 1999 EDJ1999/27831 ).

Aunque el daño moral no se encuentre específicamente nominado en el Código Civil,

tiene adecuado encaje en la exégesis de ese amplísimo "reparar el daño causado", que

emplea el artículo 1902, como tiene declarado esta Sala a partir de la Sentencia de 6 de

diciembre de 1912; la construcción del referido daño como sinónimo de ataque o lesión

directos a bienes o derechos extrapatrimoniales o de la personalidad, peca hoy de

anticuada y ha sido superada tanto por la doctrina de los autores como de esta Sala. Así,

actualmente, predomina la idea del daño moral, representado por el impacto o

sufrimiento psíquico o espiritual que en la persona pueden producir ciertas conductas,

actividades o, incluso, resultados, tanto si implican una agresión directa o inmediata a

bienes materiales, cual si el ataque afecta al acervo extrapatrimonial o de la

personalidad (ofensas a la fama, al honor, honestidad, muerte de persona allegada,

destrucción de objetos muy estimados por su propietario, etc.). De ahí que, ante, frente,

o junto a la obligación de resarcir que surge de los daños patrimoniales, traducido en el

resarcimiento económico o dinerario del "lucro censans" y/o "damnum emergens", la

doctrina jurisprudencial haya arbitrado y dado carta de naturaleza en nuestro derecho a

la reparación del daño o sufrimiento moral , que si bien no atiende a la reintegración de

un patrimonio, va dirigida, principalmente, a proporcionar en la medida de lo

humanamente posible una satisfacción como compensación al sufrimiento que se ha

causado --Sentencia de 31 de mayo de 1983 y las en la misma citadas-- (Sentencia del

Tribunal Supremo de 25 de junio de 1984 EDJ1984/7259 )".

En particular la sentencia de la Audiencia Provincial de Bizkaia, Civil sección 3

del 11 de junio de 2008 (Sentencia: 326/2008 | Recurso: 152/2008 | Ponente: MARIA

CONCEPCION MARCO CACHO-ROJ: SAP BI 1259/2008 -

ECLI:ES:APBI:2008:1259) sobre un caso similar, junto con profusa cita jurisprudencial

similar a lo anterior, expresa:

“la Sala, ponderando toda la situación descrita, así como su conducta siempre

persistente y dentro de la legalidad para denunciar los inconvenientes y quebrantos que

se le estaban provocando, permite conceder la totalidad de la cantidad reclamada y ello

porque esta situación de nerviosismo y estres que produce, el estar enviando e

intentando que sus quejas sean atendidas, y obtener respuestas, son situaciones de

padecimiento personal que se encuadra dentro del concepto de daño moral

perfectamente indemnizable. En este sentido, recordar que el "El Tribunal Supremo,

Sala Primera, en su Sentencia de 31 de Mayo de 2000 , ha reconocido que el daño moral

constituye una noción dificultosa (S. 22 mayo 1995, relativa e imprecisa ( SS. 14

diciembre 1996 y 5 octubre 1998 ) […] desemboquen en una frustración y desaliento

que no es fácilmente compatible con la de disfrute; y en cuanto que no deja de ser un

beneficio para las empresas e imposición por las mismas a los consumidores en el cómo

y cuándo se comienza o en su caso rescindir del servicio es por lo que se provocan

situaciones como las ahora analizadas”.

Y este especial padecimiento moral no ha de considerarse probado pues

obviamente en la indemnización de unas secuelas tan graves como una paraparesia

multirradicular ya se valora la gravísima discapacidad que ello genera.

También debe valorarse que la relación de consultas médicas anteriores a la

intervención de Dª ……… (doc. 4 contestación ASISA) desmienten el estado de forma

idílico con que es presentada en la demanda, pues adolecía de variadas dolencias y

dolores que ya limitaban su bienestar físico y psíquico anterior.

En consecuencia, y tomando como base la propia jurisprudencia citada por la

demandante, como indica la defensa de SEGURCAIXA en sus conclusiones, la

indemnización debe valorarse en la suma de 200.000 €, con parcial estimación de la

demanda.

**SÉPTIMO.- Devengo de intereses.**

Respecto a los intereses, se interesa en la fundamentación los del art. 20 LCS y

debe valorarse que las demandadas conocían puntualmente la existencia del perjudicado

y fue expresamente requerido de indemnización el 19-7-2018 (doc. 15 demanda).

Establece el art. 20 de la ley de contrato de seguro, en lo que ahora se discute,

que:

Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la

indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas

contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes

reglas:

3.º Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido

su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere

procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días

a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

8º No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de

satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una

causa justificada o que no le fuere imputable.

Tampoco puede aceptarse la existencia de justa causa en la negativa al pago,

pues ha declarado la jurisprudencia que para ello la incertidumbre sobre la

responsabilidad del conductor debe ser manifiesta (STS 14 de julio de 2016) y que el

debate culpa no es incertidumbre (STS 20-1-17 y SAP Madrid, 8ª, de 5-7-2018 (nº 313,

rec. 289/18, pte. Carmen Mérida Abril)).

.

Así, la STS, Civil sección 1 del 18 de junio de 2014 (Sentencia: 332/2014 |

Recurso: 51/2014 | Ponente: FRANCISCO JAVIER ARROYO FIESTAS-ROJ: STS

2479/2014 - ECLI:ES:TS:2014:2479) expresa:

“Sobre la aplicación del art. 20 de la LCS tiene declarado esta Sala:

Según el artículo 20.8 de la LCS , el recargo de los intereses por mora del

asegurador tiene lugar cuando no se produce el pago de la indemnización por causa no

justificada o imputable a la aseguradora. En su interpretación, tanto en su primitiva

redacción, como en el texto vigente dado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, esta

Sala ha declarado en reiteradas ocasiones que la indemnización establecida en el

artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro tiene desde su génesis un marcado carácter

sancionador y una finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirve de acicate

y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal que pesa sobre el asegurador,

cual es la del oportuno pago de la correspondiente indemnización capaz de proporcionar

la restitución íntegra del derecho o interés legítimo del perjudicado. La mora de la

aseguradora únicamente desaparece cuando de las circunstancias concurrentes en el

siniestro o del texto de la póliza surge una incertidumbre sobre la cobertura del seguro

que hace precisa la intervención del órgano jurisdiccional ante la discrepancia existente

entre las partes al respecto, en tanto dicha incertidumbre no resulta despejada por la

resolución judicial, nada de lo cual se da en el caso ( SSTS 13 de junio de 2007 ; 26 de

mayo y 20 de septiembre 2011 ).

Y la STS, Civil sección 1 del 25 de Enero del 2012, recurso: 455/2008 expresa:

“Sobre la incertidumbre también ha declarado la Sala que no la integra la mera

discrepancia en las cuantías reclamadas. STS 17 de mayo de 2012, rec. 1427/2009 .

Con estos precedentes jurisprudenciales cabe reconocer que no concurre causa

justificada que exonere a la aseguradora, pues no se pueden apreciar problemas de

cobertura del seguro, sino mera discrepancia en las cantidades a consignar, a lo que cabe

añadir que el lesionado facilitó su examen por el Médico de la Compañía y que aportó

amplia información médica sobre su estado, por lo que su actitud lejos de ser

obstructiva fue de manifiesta colaboración.

Se intenta justificar la aseguradora en un pretendido cambio jurisprudencial

operado por la sentencia de esta Sala de 10-9-2012, RC 1740/2009 , tendente a imputar

el pago de la totalidad de la indemnización a cada uno de los intervinientes en colisiones

recíprocas, en las que no puede determinarse la cuota de responsabilidad de cada uno,

pero sobre ello ha declarado esta misma sala en reciente sentencia ...que una solución

mínimamente prudente aconsejaba cumplimentar la regla del pago o consignación a

favor de la víctima, porque lo que era previsible no era que el juicio civil que se

promoviera en el ámbito de la citada Audiencia se resolviera con sentencia

desestimatoria, como se dice en el motivo, sino todo lo contrario, lo que no es posible

en la interpretación de una norma que tiene como regla la consignación, es que las

dudas existentes sobre la mecánica del accidente o sobre la solución del conflicto, se

trasladen sin más por la aseguradora a la víctima obligándola a iniciar este proceso para

despejar las dudas existentes en torno a cual de los dos conductores es el responsable

del daño” .

En consecuencia, no existe obstáculo alguno a la aplicación de la regla general

de inicio del cómputo en la fecha del siniestro, pues no puede apreciarse justa causa

alguna al amparo del apartado octavo el mero debate sobre el alcance de las secuelas o

la concurrencia de culpa de un tercero o de la propia víctima, como reiteradamente

establecido el Tribunal Supremo.

En cuanto al tipo de interés y conforme el art. 20.4 LCS, será el interés legal

incrementado en un 50%, durante los dos primeros años a contar desde la fecha del

siniestro, y a partir del segundo año desde tal fecha, se devengará un interés moratorio

del 20%, adaptando a la fecha de inicio del cómputo de los intereses de autos la

interpretación realizada por el Tribunal Supremo en su sentencia de 20-3-2007, Sala 1ª

Pleno, doctrina esta asumida también por la Audiencia Provincial de Madrid, en su

jornada de unificación de criterios civiles de 4-10-2007.

Respecto a la fecha de finalización del devengo, será cuando se produzca su

completo pago por cualquiera de los demandados condenados.

Debe rechazarse también la argumentación excluyente de ASISA, pues aunque

la demandante carece de todo vínculo contractual aseguraticio con la misma, su

responsabilidad en este pleito ha sido por culpa *in eligendo* e *in vigilando* al amparo del

artículo 1903 CC a consecuencia de la negligente prestación médica a la que se obligó

con terceros a través del correspondiente contrato.

Así, le es aplicable la argumentación extensiva contemplada en la STS, Civil

sección 1, del 06 de febrero de 2018 (Sentencia: 64/2018 Recurso: 1286/2015-

Ponente: JOSE ANTONIO SEIJAS QUINTANA- ROJ: STS 296/2018 -

ECLI:ES:TS:2018:296) que si bien parte del supuesto de una póliza médica colectiva y

no un funcionario, los argumentos son aplicables también a este último caso:

“1. Es cierto 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 )». […]

5.- 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 .

6. 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”.

**OCTAVO.- Imposición de costas.**

En lo que respecta a las costas, y en aplicación del criterio del vencimiento

parcial establecido en el art. 394.2 LEC, no procede su imposición.

Vistos los artículos citados y demás preceptos de general y pertinente aplicación

al caso de autos,

**FALLO:**

Que estimando parcialmente la demanda interpuesta por Dª ……………

contra ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, SA Y CONTRA

SEGURCAIXA ADESLAS, SA DE SEGUROS Y REASEGUROS:

1º Condeno a SEGURCAIXA ADESLAS, SA DE SEGUROS Y

REASEGUROS y a ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, SA (ASISA) a

que, solidariamente, abonen a Dª …………. la suma de doscientos mil

euros (200.000 €) de principal.

2º Condeno a SEGURCAIXA ADESLAS, SA DE SEGUROS Y

REASEGUROS y a ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL, SA (ASISA),

solidariamente, a abonar a la parte actora, respecto al principal señalado en el punto

primero y hasta su completo pago, los intereses del art. 20 LCS a computarse con

sujeción a estas reglas:

2.1 El término inicial del cómputo de los intereses será el 4-9-2017;

2.2 El tipo de interés será el interés legal incrementado en un 50%, durante los

dos primeros años, a contar desde la fecha del siniestro, y el tipo del 20% a partir

del segundo año desde tal fecha.

2.3 El término final del devengo, será el pago o consignación judicial.

3º Sin imposición de las costas de esta instancia.

Notifíquese la presente resolución a las partes en legal forma, advirtiéndoles de

que contra la misma podrán interponer ante este juzgado RECURSO DE APELACIÓN

dentro de los VEINTE DÍAS siguientes a su notificación. No se admitirá el recurso en el

caso de que no se acreditara previamente por la parte que pretendiera interponerlo haber

constituido el DEPÓSITO y las TASAS preceptivas.

Así por esta mi sentencia, de la que se expedirá certificación literal para su unión

a los autos, incorporándose el original de la misma al libro de sentencias que en este

juzgado se custodia, lo pronuncio, mando y firmo,

**PUBLICACIÓN.-** Dada, leída y publicada, fue la anterior sentencia celebrando

audiencia pública, de lo que 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.