



ADMINISTRACIÓN
DE
JUSTICIA

**JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCION Nº 2
DE SANTA FE**

CALLE PINTOR JUAN RUIZ S/N, ESQUINA CTRA. BELICENA

Fax: 958025514. Tel.: 958940724/958940728

Email: jmixto.2.santafe.jus@juntadeandalucia.es

N.I.G.: 1817542120200002177

Procedimiento: Procedimiento Ordinario 528/2020. Negociado: I

Sobre: Reclamación de cantidad.

De:

Procurador/a: Sr/a. ISABEL AFONSO RODRIGUEZ

Letrado: Sr/a. IGNACIO MARTINEZ GARCIA

Contra: SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y MIGUEL PAJARES LOPEZ

Procurador/a: Sr/a. PABLO ALAMEDA GALLARDO y JUAN LUIS GARCIA-VALDECASAS CONDE

Letrado: Sr/a. MAXIMILIANO PFLÜGER SAMPER y JOSE MIGUEL MATEOS CONEJERO

SENTENCIA Núm. 131/2023

En Santa Fe (Granada), a veintitrés de junio de dos mil veintitrés.

Vistos por mí, D. José Antonio Villegas Berenguer, Juez de refuerzo del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Número Dos de Santa Fe (Granada) y su partido, los presentes autos de Juicio Ordinario sobre Reclamación de Cantidad seguidos ante este Juzgado bajo el número 528/2020, promovidos a instancias de

, representada por la Procuradora D^a. ISABEL AFONSO RODRIGUEZ y asistida por el Letrado D. IGNACIO MARTINEZ GARCIA contra la Cia. Aseguradora SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, representada por el Procurador D. PABLO ALAMEDA GALLARDO y asistida por el Letrado D. MAXIMILIANO PFLÜGER SAMPER; en el que, además, tiene intervención como tercero no demandado, D. MIGUEL PAJARES LOPEZ, representado por el Procurador D. JUAN LUIS GARCIA-VALDECASAS CONDE y asistido por el Letrado D. JOSE MIGUEL MATEOS CONEJERO; dicto la presente sentencia, EN NOMBRE DE SU MAJESTAD EL REY y con base en los siguientes:

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Que por la Procuradora D^a. ISABEL AFONSO RODRIGUEZ, en nombre y representación de , se interpuso ante los Juzgados de Primera Instancia de Madrid demanda de Juicio Ordinario sobre reclamación de cantidad contra SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS en la que, tras alegar los hechos y fundamentos de derecho que estimaba de aplicación, terminó suplicando al Juzgado el dictado de sentencia por la que se declarase la condena de la parte



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Uri De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	1/16	



demandada a satisfacer a la actora la cantidad de 20.778,22 euros, más los intereses previstos en el artículo 20 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro e imposición de las costas a la parte demandada.

Habiendo recaído el conocimiento de dicha demanda en el Juzgado de Primera Instancia Núm. 45 de Madrid, mediante Auto de fecha 11 de marzo de 2020, fue declarada la falta de competencia territorial de dicho Juzgado para conocer del asunto declarándose como juzgados competentes los de Santa Fe (Granada) produciéndose la inhibición del asunto que fue repartido a éste Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Núm. 2 de Santa Fe.

SEGUNDO.- Aceptada la inhibición remitida y personada en autos la parte actora, fue admitida a trámite la demanda por Decreto de fecha 1 de septiembre de 2020, emplazándose en legal forma a la parte demandada que, dentro del término de veinte días concedido al efecto, presentó escrito de contestación a la demanda con fecha 15 de octubre de 2020 y en el que se suplicaba el dictado de sentencia por la que se desestimase íntegramente la demanda con expresa condena en costas a la parte actora.

Mediante Decreto de fecha 1 de diciembre de 2020 se acordó tener por contestada la demanda y convocar a las partes a la celebración de la preceptiva audiencia previa al juicio que fue señalada para el día 13 de septiembre de 2021.

TERCERO.- Con fecha 10 de marzo de 2021 fue presentado escrito por el Procurador D. JUAN LUIS GARCIA-VALDECASAS CONDE en representación de D. _____, por el que se interesaba se le tuviese como interesado en el presente procedimiento, bajo la condición de tercero no demandado habida cuenta haber recibido burofax de la entidad Segurcaixa Adeslas, S.A. por el cual se le comunica la pendencia del presente proceso.

Por tal motivo fue dictado Auto de fecha 10 de mayo de 2021 en el que se le tuvo por codemandado en el presente procedimiento. Frente a dicho pronunciamiento fue interesada por su parte la aclaración de tal resolución al objeto de que se le tuviera no por codemandado sino por tercero interviniente, siendo ello acordado mediante el dictado de nuevo Auto de fecha 8 de junio de 2021.

CUARTO.- Llegado el día de celebración de la audiencia previa, a la misma comparecieron tanto ambas partes como el tercero interviniente, desarrollándose conforme a lo establecido en los Arts. 414 y ss. de la LEC con el resultado que obra en autos y, una vez admitidas las pruebas que se tuvieron por pertinentes y útiles, se procedió a señalar como fecha para la celebración del juicio el día 3 de octubre de 2022.

Habiendo sido formulada en la contestación a la demanda y con carácter previo la excepción procesal de falta de litisconsorcio pasivo necesario, en fecha 21 de septiembre de 2021 fue dictado auto por el que se desestimó dicha excepción procesal invocada por la parte demandada SEGURCAIXA ADESLAS, S.A.



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	2/16	



QUINTO.- Al acto del juicio, que tuvo lugar en la fecha señalada, comparecieron tanto la parte actora como la demandada y el tercero interviniente, y se desarrolló conforme a lo acordado en los Arts. 433 y ss. de la LEC, procediéndose a la práctica de la prueba que fue declarada pertinente, con el resultado que consta en la grabación audiovisual de la vista, quedando los autos conclusos para el dictado de la presente sentencia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El objeto de los presentes autos está constituido por la reclamación de cantidad que, en concepto de daño moral, formula frente a la Cía. Aseguradora SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. por la cantidad de 20.778,22 euros consecuencia de la intervención quirúrgica de cifoplastia que se realizó el 16/11/2018 a su padre, D. _____, de 78 años de edad, en el hospital Vithas Nuestra Señora de la Salud, perteneciente al cuadro asistencial de la aseguradora médica demandada por padecer fracturas vertebrales. A juicio de la parte actora, la no adopción de las medidas de profilaxis que los factores de riesgo que presentaba el paciente obligaban a realizarse, en concreto con anticoagulantes antes y después de la intervención, conllevó que D. _____ sufriera un tromboembolismo pulmonar agudo que le causó finalmente la muerte.

Por tal motivo, sostiene la actora que ha existido mala praxis por parte del médico responsable de la intervención, el doctor D. _____ de la ausencia de una correcta y completa información al paciente a la hora de prestarse el consentimiento informado. Mediante la demanda presentada, reclama la hija del fallecido por el daño moral que por la muerte de su padre se le ha producido, interesándose la fijación de una indemnización acorde al baremo de tráfico que, en su caso, habrá de ser incrementada con los intereses previstos en el art. 20 LCS.

La parte demandada se opuso a lo pretendido de contrario aduciendo, en primer lugar, la excepción de falta de litisconsorcio pasivo necesario, por entender como preciso que los profesionales y centros que prestaron la asistencia médica fuesen traídos al procedimiento como codemandados, habiendo sido desestimada dicha propuesta en virtud de auto de fecha 21 de septiembre de 2021. Tras dicha excepción procesal, la parte demandada alegó la falta de legitimación pasiva de SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. al considerarse que la demanda se fundamenta en la supuesta mala praxis de los profesionales que asistieron al Sr. _____, mientras que el contrato de seguro suscrito por este con la Cía. demandada tiene como objeto no la prestación de asistencia sanitaria, médica, quirúrgica y hospitalaria (no siendo la demandada prestadora de tales servicios, ni tampoco podría serlo legalmente), sino la cobertura de los gastos de asistencia sanitaria siempre que cuenten con cobertura en póliza, obligación que habría sido cumplida por la demandada mediante el abono de las facturas que fueron emitidas por el tratamiento médico de D. _____ no existiendo, por tanto, actuación negligente alguna por parte de la aseguradora.

Frente a ello, la parte actora sostiene la concurrencia de legitimación pasiva en la demandada a tenor de que la aseguradora médica ex arts. 105, 106, 23 y concordantes de la



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA			
	JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	3/16	



Ley 50/80, incumplió su obligación contractual de prestar una asistencia sanitaria estándar y acorde a la lex artis a través del cuadro de profesionales y centros médicos que proporcionó a su asegurado, por los que debe responder -también por el art. 1903 del CC-.

Pues bien, la cuestión ha sido resuelta en favor de la estimación de la concurrencia de legitimación pasiva de la Cía. aseguradora partiendo de la jurisprudencia que de manera reiterada ha venido a establecer nuestro Tribunal Supremo y de la que resulta buena muestra la sentencia que, a efectos ilustrativos fue aportada por la parte actora, Sentencia Núm. 544/2021, de 19 de julio, en la que viene a establecerse: *“El escrito de interposición del recurso de casación se articula en un único motivo, en el que se cita como norma infringida el art. 105 LCS, y arts. 1101, 1902 y 1903 CC, por haber apreciado la sentencia recurrida falta de legitimación pasiva de la demandada, con oposición a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo contenida en las sentencias de esta sala 438/2009, de 4 de junio; 948/2011, de 16 de enero; 336/2012, de 24 de mayo y 36/2017, de 20 de enero.*

[...] *Entiende la parte recurrente que concurre legitimación pasiva en la aseguradora de asistencia sanitaria, de acuerdo con la jurisprudencia de esta sala, dado que garantiza el servicio médico y hospitalario y la calidad del servicio, conforme establece el art. 105 de la LCS.*

La sentencia 64/2018, de 6 de febrero, declaró:

«El segundo tiene que ver con el criterio de imputación de responsabilidad a la aseguradora, que no ha sido cuestionado. 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".

Lo que se dice tiene relación con un aspecto indudablemente controvertido en la doctrina y en la solución de algunas Audiencias Provinciales sobre la delimitación del contenido de la prestación de la aseguradora: si el objeto del seguro de asistencia sanitaria se extiende a asegurar el daño cuya causa es la mala práctica profesional médica o si esa asunción directa del servicio, a que se refiere el artículo 105 de la LCS, se limita a la actividad de organización, financiación y provisión, pero no al acto médico, cumpliendo la aseguradora con contratar a profesionales con la titulación y conocimientos necesarios para el ejercicio de la profesión médico sanitaria, y poner a cargo de estos profesionales la salud del paciente, y todo ello en atención a la forma en que se prestan estos servicios sanitarios, y el control que sobre los mismos tiene la aseguradora, teniendo en cuenta 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".



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	4/16





Se podrá discutir, como se razona en las sentencias 438/2009, de 4 de junio y 948/2011, de 16 de enero, si 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, pero lo cierto es que en su 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».

De esta doctrina jurisprudencial se infiere que en la sentencia recurrida se ha incurrido en infracción de la doctrina jurisprudencial en la interpretación del art. 105 de la LCS, cuando en la sentencia de apelación se niega la legitimación pasiva de la aseguradora, al entender que ninguna influencia tiene la aseguradora en la prestación de los servicios médicos y hospitalarios.

Es más, del propio contrato que firma la aseguradora con el centro hospitalario consta que la ahora demandada se reserva la inspección de los niveles de calidad, implantación de protocolos o guías de práctica clínica, y el centro hospitalario se compromete a implementar los procesos de mejora implantados por Sanitas.

Es decir, la aseguradora no es una mera oferente de cuadros médicos y hospitalarios, por lo que concurre legitimación pasiva, en principio, lo que provoca la estimación del recurso de casación (sentencia 480/2013, de 19 de julio), procediendo la devolución de los autos a la sala de apelación, para que una vez establecida por esta sala, en abstracto, la legitimación pasiva, resuelva el resto de las cuestiones planteadas, tal y como se solicitó en el suplico del recurso de casación.”.

Haciendo aplicación de la doctrina jurisprudencial expuesta, ha de llegarse a la desestimación de la falta de legitimación pasiva alegada por la Cia. Demandada SEGURCAIXA ADESLAS, S.A.

SEGUNDO.- Por todo lo expuesto la cuestión litigiosa fundamental es determinar la concurrencia o no de mala praxis en la actuación de los facultativos que intervinieron en la intervención quirúrgica de cifoplastia que se realizó el 16/11/2018 al padre de la actora, D. _____, que justifique una declaración de responsabilidad de la demandada, y en su caso determinar la procedencia de las cuantías reclamadas.

Partiendo de la relación de hechos recogida tanto en la demanda como en la contestación y conforme a la documentación aportada al procedimiento se puede considerar que son hechos probados:



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	5/16	



Que el día 31/07/2018 el Sr. _____ se realizó RM de rodilla derecha que informó de ligero derrame, cambios degenerativos, rotura de menisco interno y bursitis de pata de ganso.

Que el 27/09/2018 el Sr. _____ de 78 años y con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica crónica y enfermedad renal crónica, acudió a urgencias del Hospital Vithas La Salud de Granada -como usuario del seguro médico privado de Segurcaixa Adeslas, póliza nº181021578- con motivo de dolor en la columna lumbar de 3-4 días de evolución que le impide sentarse (doc. 4, ff. 10 y 11), recibiendo el alta domiciliaria con el diagnóstico de lumbalgia y con tratamiento analgésico y recomendación de fisioterapia.

El 09/10/2018 acudió de nuevo a urgencias por continuar con el mismo cuadro de dolor de espalda además de un aumento de volumen en ambas piernas (doc. 4, ff. 12 y 13). El mismo día recibió el alta con los diagnósticos de edema de miembros inferiores, lumbalgia y enfermedad renal crónica y con recomendación de suspender el reposo absoluto que mantiene, debe andar en casa y mantener piernas en alto (por riesgo aumentado de TVP).

El 14/10/2018, regresa D. _____ a urgencias (doc. 4, ff. 19 y 20) por los mismos síntomas, edemas en los MMII y dolor de espalda, diagnosticándose nuevamente lumbalgia, pautándose seguir tratamiento analgésico y acudir a medicina interna el 22/10/2019.

El 05/11/2018 se le realizaron al Sr. _____ resonancias magnéticas de columna dorsal y lumbar (doc. 4, f. 23) con hallazgos de artrosis dorsal, discopatías y fractura por aplastamiento L3 reciente.

El día 09/11/2018 fue asistido por el Dr. _____ en el Centro Médico Adeslas de Granada (doc. 4, f. 25), donde se confirmó el diagnóstico de fracturas en T5 y L3, que no han mejorado con tratamiento conservador. Se le planteó la cifoplastia y firma del consentimiento informado (doc. 4, ff 27 y 28).

En los antecedentes médicos se recoge que el paciente padecía HTA (hipertensión arterial), diabetes y dislipemias, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal en seguimiento, deterioro cognitivo leve, neuralgia de arnold y enfermedad vasculodegenerativa.

El 11/11/2018 acudió nuevamente a urgencias (doc. 4, ff. 29 y 30) por inflamación en las piernas -edemas distales hasta las rodillas con signos tróficos-, diagnosticándose insuficiencia linfática y pautándole vendaje y masajes linfáticos.

El día 14/11/2018 el Sr. _____ acudió a consultas externas para valoración preanestésica, siendo calificado como riesgo ASA III y firmando consentimiento informado para la anestesia.

El paciente ingresó el 16/11/2018 en el Hospital Vithas La Salud de Granada para someterse a la intervención de cifoplastia. Al ingreso, en la hoja de valoración de enfermería



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA			
	JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	6/16	



(doc. 4, f. 48) consta que el paciente es dependiente para la movilización, precisando ayuda parcial. La intervención de cirugía se llevó a cabo el día indicado, 16/11/2018 (doc. 4, ff. 45 y 46), consistiendo en la realización de una cifoplastia con balón Kyphon de la marca Medtronic (doc. 4, f. 47), quedando el paciente ingresado tras la misma.

Un día después, 17/11/2018, recibió el alta domiciliaria (doc. 4, f. 47) con diagnóstico de fracturas osteoporóticas T5 y L4. Como recomendación y tratamiento se pautó, además de las curas de heridas, *"puede caminar a diario según tolerancia"*. No se le prescribe ningún tratamiento antiagregante o anticoagulante.

El 23/11/2018 D. acudió a urgencias (doc. 4, f. 68) por inicio de EA hace una semana con disnea a mínimos esfuerzos, que ha progresado hasta la ortopnea, manteniéndose desde la intervención en butaca. Hoy con aumento de la severidad de la disnea. Al final del apartado Exploración Física se recoge que el paciente *"niega tratamiento antiagregante o anticoagulante"* y en el Juicio Clínico se propone *"Descartar TEPA"* y se solicitó un estudio radiológico, analíticas y prueba de Dímero D. Posteriormente se informó de que la analítica reflejaba una cifra del Dímero D de 3590, lo que hacía sospechar que el paciente padecía un TEPA (doc. 4, ff. 69 y 70). Asimismo se señala en este último informe la administración de, entre otra medicación, enoxaparina 80 mg/8000, quedando ingresado a cargo de medicina interna.

El día 25/11/2018 se anota: ESTA MAÑANA ESTABLE SIN DISNEA O DOLOR TORÁCICO, GRAN DISMINUCIÓN DE EDEMAS DE MMII TRAS EORZAR DIURESIS [...] PENDIENTE DE DESCARRAR TEPA TRAS SOLICITAR EL LUNES GAMMAGRAFIA PULMONAR (doc. 4, f. 94).

Con fecha 25/11/2018 se decide su ingreso en UCI (doc. 4, ff. 91 y 92) con diagnósticos de insuficiencia cardíaca congestiva y alta probabilidad de TEPA.

El 26/11/2018 se le realizó finalmente una gammagrafía pulmonar (doc. 4, f. 79) que informó de: dos defectos de perfusión a nivel de los segmentos superior y posterior basal del LID, compatibles con TEP. Exploración compatible con alta probabilidad de TEPA.

En la hoja de evolución del 28/11/2018 (doc. 4, f. 113) se señala: No hay franca mejoría. Función renal peor y respiratorio peor, precisando desde hace 24 horas apoya con ONAF.

Un día después el paciente recibió el alta de la UCI (doc. 4, ff. 105 y 106) para quedar ingresado en planta dada su situación y fragilidad. En la hoja de evolución de ese mismo día (doc. 4, f. 113) se anota: paciente frágil, TEPA, IC, IR, de evolución lenta y con peligros de complicaciones, insuficiencia cardiorrespiratoria grave.

El día 30/11/2018 se refiere: esta mañana en situación de deterioro general (doc. 4, f. 120) con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva y TEPA.



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	7/16





Finalmente el paciente falleció el 01/12/2018 (doc. 4, f. 121), siendo el diagnóstico principal de la muerte un tromboembolismo pulmonar agudo.

TERCERO.- En primer lugar debe recordarse los **presupuestos y el contenido de la negligencia médica, jurisprudencialmente asentados y resumidos en la STS sala 1ª de 3 de Febrero de 2015:** *“La sentencia de 7 de mayo de 2014, con cita de las sentencias de 20 de noviembre de 2009, 3 de marzo de 2010 y 19 de julio 2013, en un supuesto similar de medicina voluntaria, dice lo siguiente: “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 (SSTS 12 de marzo 2008; 30 de junio 2009)”.*

Es asimismo doctrina reiterada de esta Sala que 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, 23 de mayo de 2007 y 19 de julio 2013).”.

Descartado, pues, el carácter objetivo de la responsabilidad exigida así como la obligación de obtener un óptimo resultado, es necesario examinar si ha existido una concreta “mala praxis” que haya conllevado el resultado dañoso, por cuanto al ser una obligación de medios, y no de resultado, es evidente que la mera concurrencia de dicho daño, consecuencia directa de la operación (causalidad no discutida), no es suficiente para la imputación de responsabilidad si en el curso de la atención médica se ha actuado conforme a la lex artis.

Ahora bien inicialmente la carga de la prueba de esta negligencia o mala praxis corresponde a la parte actora (art.217.1 LEC) si bien en supuestos de “daño



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA			
	JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	8/16	



desproporcionado”, concepto introducido jurisprudencialmente, se altera la carga de la prueba.

Así en concreto, la STS, Sala 1ª, de 19 de Julio de 2013 indica que *"La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el "onus probandi" de la relación de causalidad y la presunción de culpa (SSTS 23 de octubre de 2008, 30 de junio 2009, 27 de diciembre 2011, entre otras)."*

Debe pues examinarse, en primer lugar, si ha existido un “daño desproporcionado”, entendiéndose por tal, según la STS 22 de Septiembre de 2009 *"aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y obliga al profesional médico a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Se le exige una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia."*

En tal sentido, hemos de tomar como punto de referencia, el contenido del informe pericial elaborado por la Dra. _____, que en su página 9, al hacer referencia a la guía de práctica clínica de enfermedad tromboembólica de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT), viene a recoger, de forma muy esclarecedora, que: *"El conjunto de factores de riesgo tromboembólico en Traumatología y Cirugía Ortopédica se han dividido en dos grandes grupos con objeto de estratificar los enfermos por categorías de riesgo: los propios del enfermo y los derivados del procedimiento ortopédico. Cada grupo tiene tres niveles de riesgo (tablas 1 y 2), y su interrelación permite confeccionar una guía clínica orientativa en la que se especifican las cuatro categorías de riesgo aceptadas actualmente para nuestra especialidad: bajo, moderado, alto y muy alto (tabla 3). Como puede observarse, resulta determinante el procedimiento."*

Por esto, la SECOT recomienda la profilaxis en todos los pacientes excepto aquellos con nivel de procedimiento ortopédico 1 asociado a niveles de riesgo del paciente 1 y 2, es decir, que en Cirugía Ortopédica y Traumatología debe hacerse profilaxis, inexcusablemente, en las categorías de riesgo moderado, alto y muy alto, siendo la duración de la profilaxis el elemento diferencial entre ellas."

A igual conclusión se llega en el informe pericial elaborado por el Dr.

cuando en su apartado conclusiones se establece: *"En el paciente sometido a una cirugía de columna menor (cifoplastia), según protocolo de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA, se debe realizar profilaxis tromboembólica mediante heparinas de bajo peso molecular (al menos 15 días) si presenta bajo riesgo hemorrágico y factores de riesgo (ya que son acumulativos), aparte de movilización temprana."*

En el presente caso, poniendo en relación los factores de riesgo que presentaba D. _____ con la *"Tabla 1. Factores de riesgo del paciente"* (pág. 10 del informe de la Dra.



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	9/16





, puede descartarse claramente su inclusión en el Nivel 1 dado que éste supone la inexistencia de factores de riesgo, circunstancia que si concurría en el Sr. con lo que habrá de apreciarse si concurren factores de riesgo determinantes de un Nivel 2 o Nivel 3. En tal sentido, de la documental obrante en las actuaciones puede apreciarse que concurren los siguientes factores de riesgo:

- 1.- Edad > 40 años (el paciente tenía 78 años).
- 2.- Hipertensión arterial (HTA).
- 3.- Obesidad y Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).
- 4.- Enfermedad renal crónica (ERC).

Con dichos factores de riesgo, la clasificación del Sr. resulta clara al menos dentro del Nivel 2, debiendo examinarse si, en atención a sus circunstancias, podría llegar a clasificarse en el Nivel 3. Y esta es la consideración del Dr. al considerar que concurrían antecedentes de trombosis venosa, teniendo en cuenta que ya con un mes de antelación a la intervención se le dio recomendación de suspender el reposo absoluto que mantenía, debiendo andar en casa y mantener las piernas en alto (por riesgo aumentado de TVP). Por otro lado, el mismo día de la intervención y en la hoja de valoración de enfermería (doc. 4, f. 48) consta que el paciente era dependiente para la movilización, precisando ayuda parcial. Finalmente, el 17/11/2018, día que el paciente recibió el alta domiciliaria (doc. 4, f. 47) se recogió: *"puede caminar a diario según tolerancia"*. No siéndole prescrito ningún tratamiento antiagregante o anticoagulante. Partiendo de ello, es consideración del Dr. que: ' murió a consecuencia de un tromboembolismo pulmonar desencadenado tras la cirugía de columna. El paciente tenía que haber sido sometido en la cirugía a una profilaxis tromboembólica, ya que como queda reflejado en las guías de protocolo de profilaxis tromboembólica (en este caso de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA Y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA) reunía todos los criterios (bajo riesgo hemorrágico y varios factores de riesgo trombembólico), por lo que el riesgo de tromboembolismo venoso profundo y en este caso de tromboembolismo pulmonar era elevado (aumenta un 40% - 80%).

Sin embargo, apreciando éstos mismos elementos, la Dra. no aprecia en su informe la concurrencia de un Nivel 3, sino tan sólo Nivel 2 dado que no consta que el paciente se encontrase incapacitado para deambular, precisando únicamente de ayuda para ello y se le hizo recomendación de caminar según tolerancia, además de que, según el último párrafo de la página 17 y principio de la 18 de su informe: *"El nivel 3 incluye a aquellos pacientes con alguna de las siguientes comorbilidades: enfermedad maligna, antecedentes de TVP o TEP (tromboembolismo pulmonar), parálisis de la extremidad inferior, síndromes mieloproliferativos, trombofilias, síndrome nefrótico (pérdida de antitrombina III), sepsis, trastornos de la coagulación, estado de coma y grandes quemados. D.*

no tenía ninguna de las patologías del nivel 3, por lo que era un nivel 2 (en efecto, tenía edad >40 años e HTA)."

Ante tal disparidad de criterios, ha de hacerse referencia a los factores de riesgo inherentes al procedimiento de cirugía (Tabla 2, pág. 11, del informe pericial de la Dra. documento número 2 de los aportados junto con la contestación a la demanda)



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	10/16	



respecto de la que tampoco hubo consenso entre los distintos peritos intervinientes en el acto del juicio en cuanto a la clasificación de la cifoplastia. El Dr. [redacted] puso de manifiesto su consideración de que dicha intervención presenta un Nivel 3, mientras que tanto D. [redacted], como D^a. [redacted] negaron que se alcanzase dicho nivel, siendo considerada como una intervención de Nivel 1 en el caso de la Sra. [redacted]. Sin embargo, de la prueba aportada al procedimiento parece más aconsejable hacer una clasificación en Nivel 2 dado que en la cifoplastia practicada consiste en una cirugía de la columna en la que, además, se cumplió el doble criterio de anestesia general (aunque inicialmente se estimase necesaria únicamente la anestesia local) y duración superior a 60 minutos.

Partiendo de esos dos niveles aludidos, relativos a los factores de riesgo del paciente (Nivel 2) y factores de riesgo del procedimiento (Nivel 2), la Tabla 3 -pág. 11- prevé una categoría de riesgo tromboembólico "Moderado", por lo que, de conformidad con el propio informe de la Perito de la parte demandada "[...] debe hacerse profilaxis, inexcusablemente, en las categorías de riesgo moderado, alto y muy alto", con lo cual debe estimarse que la no aplicación de dicha profilaxis supuso una mala praxis médica por no sujetarse el Dr.

a las recomendaciones de los protocolos o guías médicas de actuación aplicables al presente caso.

CUARTO.- Además de lo anteriormente expuesto, también ha sido alegada por la parte actora la falta de información suficiente al paciente sobre la técnica a la que iba a ser sometido.

Expone al respecto la STS sala 1^a de 9 de mayo de 2014: "*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; 20 de enero; 13 de mayo 2011 y 19 de julio 2013), 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.*"

Partiendo de la consideración anterior, la STS Sala 1^a de 3 de Febrero de 2015 establece: "*Los efectos que origina la falta de información, dice la sentencia de 4 de marzo de 2011, y reitera la de 16 de enero 2012, "están especialmente vinculados a la clase de intervención: necesaria o asistencial, voluntaria o satisfactiva, (...). Tienen además que ver con distintos factores: riesgos previsibles, independientemente de su probabilidad, o porcentaje de casos, y riesgos desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención (SSTS 21 de octubre 2005 -cicatriz queloidea-; 10 de mayo 2006 -ostecondroma de peroné-); padecimiento y condiciones personales del paciente (STS 10 de febrero 2004 -corrección de miopía-); complicaciones o resultados adversos previsibles y frecuentes que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, incluidas las del postoperatorio (SSTS 21 de diciembre 2006 -artrodesis-; 15 de noviembre 2006 -litotricia extracorpórea-; 27 de septiembre 2010 -abdominoplastia-; 30 de junio 2009 -implantación de prótesis de la cadera izquierda-); alternativas terapéuticas significativas (STS 29 de julio 2008 -extirpación de tumor vesical-); contraindicaciones; características*



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	11/16	



de la intervención o de aspectos sustanciales de la misma (STS 13 de octubre 2009 -Vitrectomía-); necesidad de la intervención (SSTS 21 de enero 2009 -cifoescoliosis-; 7 de marzo 2000 -extracción de médula ósea-), con especialidades muy concretas en los supuestos de diagnóstico prenatal (SSTS 21 de diciembre 2005 y 23 de noviembre 2007 -síndrome de down-).”.

Intervenir en una operación conlleva asumir que de la misma puedan derivarse determinadas consecuencias así como la obligación de controlar la adecuación de todo el proceso tanto previo como posterior. Es también obligación del cirujano, asegurarse de que el paciente está debidamente informado, conoce y consiente que él intervenga en la operación o la realice. Dicha obligación viene impuesta por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. De acuerdo con la misma, el consentimiento informado (art. 8) debe contener la información prevista en el art. 4, esto es: *“Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma”.* Sin olvidar que el art. 2.6 del mismo texto legal impone que: *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.”.*

La jurisprudencia y regulación anterior ha de ser puesta en relación con la prestación de consentimiento que ha tenido lugar en el presente caso. Así, en primer lugar y según se recoge en la demanda, el paciente, previamente a ser intervenido, no recibió información acerca del riesgo al que se sometía de sufrir un TEP, ni se le explicó nada sobre cómo la medicina afronta y resuelve el riesgo de sangrado versus el riesgo tromboembólico. Por ello, a juicio de la parte actora, el paciente consintió ser intervenido de una manera viciada, pues no se respetó su derecho a formar antes y con el debido tiempo su voluntad siendo consciente de en qué medida ponía en juego su vida.

A juicio del tercero interesado en el presente procedimiento, D.

queda desvirtuada dicha alegación de la parte actora como consecuencia de que el consentimiento informado para la vertebroplastia fue prestado y firmado por el Sr. (folios 27 y 28 del documento nº 4 de la demanda) donde aparece reflejado en que va a consistir la operación, sus consecuencias y los riesgos típicos, entre los que figura la muerte (*“Pueden ser causa de muerte”*, 2ª línea del folio 28 de 122 del documento nº 4 de la demanda). Finalmente, consta también en el formulario del consentimiento informado las eventuales alternativas de tratamiento por las que podría optarse caso de descartarse la intervención propuesta. Es decir, el Sr. asumió expresamente el riesgo de fallecimiento derivado de la operación o de alguna complicación durante el desarrollo de la misma.

A igual conclusión de que se produjo una correcta información previa al consentimiento se llega en el informe aportado por la parte demandada, página 4 del documento número 2 de la contestación a la demanda, donde se recoge: *“Consta consentimiento informado para vertebroplastia firmado por el paciente y por el Dr.*



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	12/16	



En él se explica que toda intervención quirúrgica tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos y que, en un mínimo porcentaje de casos, pueden ser causa de muerte.”.

Otro elemento que nos ha de llevar a la consideración de que la información suministrada con carácter previo a la firma del consentimiento es que en el mismo, si bien no se realiza un referencia expresa o literal a la posibilidad de sufrir un “TEP”, es decir, al riesgo tromboembólico pulmonar, si que se contiene una referencia a dicha posibilidad al hacerse la siguiente referencia (pág. 28): “*Las posibles complicaciones de la vertebroplastia son: [...] f) Paso de cemento al sistema venoso con embolización en el sistema pulmonar*”, siendo éste uno de los riesgos más comunes de este tipo de intervención, con lo cual, ha de estimarse que la información que se suministró al paciente fue adecuada y suficiente para entender los riesgos que podían derivarse del procedimiento médico empleado (entre otros y por lo que a éste caso concreto se refiere, bien la producción de trombos, bien incluso el fallecimiento) y poder decidir con pleno conocimiento de las eventuales complicaciones de la intervención.

QUINTO.- Sentado lo anterior, es decir la responsabilidad de la Cia. demandada derivada de la actuación del Dr. _____ en cuanto a la no aplicación de *profilaxis tromboembólica* que pudiera evitar o cuando menos reducir la posibilidad de producirse un “TEP”, es decir, al riesgo tromboembólico pulmonar, que finalmente tuvo lugar y fue la causa principal del fallecimiento del Sr. _____, procede ahora cuantificar el daño causado a efectos de poder determinar la indemnización que le corresponde a la actora.

En el suplico de la demanda se interesa la condena al pago de la cantidad de 20.778,22 € por daño moral de la hija de D. _____ derivado del fallecimiento del mismo, indemnización que es calculada aplicando analógicamente el sistema de valoración para daños y perjuicios causados en accidentes de circulación.

Entiende la parte demandada que para la determinación del importe indemnizatorio se debe acudir, como lo hace la parte demandante, a las normas establecidas por el denominado Baremo de Tráfico, pero debiendo atemperarse su importe atendiendo a que nos encontramos ante un supuesto de pérdida de oportunidad y concurrencia de culpas por no haber seguido las instrucciones del facultativo de iniciar la deambulación desde el momento del alta, debiendo fijarse en un máximo del 50% de la cuantía reclamada.

Y debemos estimar, cuando menos de forma parcial la postura mantenida por la parte demandada. En este sentido cabe hacer mención a que, si bien es cierto, tal y como hemos recogido en los anteriores fundamentos jurídicos, que atendiendo a los protocolos de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGÍA lo procedente hubieses sido administrar la profilaxis tromboembólica atendiendo a los niveles en los que se podía encuadrar tanto el riesgo personal del paciente como el del tipo de intervención que había de realizarse, no lo es menos que puede llegarse a la conclusión de



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	13/16	



que no puede entenderse que concurra un nexo causal directo y único entre la falta de dicha profilaxis y el fallecimiento del paciente. En tal sentido, resulta determinante que, con posterioridad a la intervención, el Sr. [redacted] siguiese las recomendaciones y tratamiento que se le pautó al alta, consistente, además de en la cura de heridas, en la deambulacion, al recogerse: "puede caminar a diario según tolerancia". No habiendo constancia en el procedimiento de si efectivamente D. [redacted] cumplió o no con dicha recomendación, lo cierto es que cuando el día 23/11/2018 acudió a urgencias (doc. 4, f. 68) se recogió en el informe que desde la intervención se había mantenido en butaca, sin que se hiciese mención alguna a que hubiese deambulado en la forma que le fue recomendada. Es por ello que sin poder llegar a la petición de la parte demandada de que la concurrencia de culpas llegue a un 50%, si que pueda establecerse un cierto porcentaje achacable al Sr. [redacted] toda vez que debe tenerse en consideración, por un lado, que no consta que andase siquiera con ayuda o asistencia, pero por otro lado también es de entender que tras haber sufrido una intervención quirúrgica, ello no resulta del todo punto sencillo, al menos en la primera semana, como se ha puesto de manifiesto. Por otro lado es claro que aún en el supuesto de que el paciente hubiese realizado cierta deambulacion, el hecho de que no le fuese suministrada la profilaxis tromboembólica supone el mayor nivel de riesgo de sufrir un trombo, que pudiera ser mínimamente reducido por la deambulacion pero no en sentido contrario, es decir, que la no deambulacion no supone el factor determinante de la presencia de un trombo. Por tanto, ha de fijarse una proporción del 20% en la reducción de la indemnización en atención a no haber evitado el reposo absoluto, debiendo andar por la existencia de riesgo de TVP que ya le fue diagnosticado el 09/10/2018.

Por tanto, en atención a dicho porcentaje, la cantidad que se estima ajustada a derecho en cuanto a la indemnización habrá de ser: 20.778,22 € - 20% = 16.622,58 €.

SEXTO.- Por último, en cuanto a la controversia sobre la petición de la actora de aplicación de los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro a la demandada, se ha venido inclinado la jurisprudencia por un criterio de razonabilidad como cita la ST AP Barcelona de 19 de Marzo de 2014 cuando señala que: "*la reciente jurisprudencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo que viene siguiendo el criterio con arreglo al cual, prescindiendo del alcance dado a la regla in illiquidis non fit mora, atiende al canon de razonabilidad en la oposición a la reclamación del actor para decidir la procedencia o no de condenar al pago de intereses y para la concreción del dies a quo del devengo.*"

Precisa dicha jurisprudencia que este moderno criterio da mejor respuesta a la naturaleza de la obligación y al justo equilibrio de los intereses en juego, y en definitiva a la plenitud de la tutela judicial, tomando como pautas de la razonabilidad el fundamento de la reclamación, las razones de la oposición, la conducta de la parte demandada en orden a la liquidación y pago de la adeudado, y demás circunstancias concurrentes (entre otras, SSTS, Sala 1ª, 16 noviembre 2007 y 19 mayo y 24 julio 2008).

Partiendo de dicho criterio de razonabilidad, dado que, en el presente caso, no serían de aplicación los presupuestos que para la imposición de los intereses previstos en el artículo 20 de la LCS se recogen en el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	14/16





de vehículos a motor, habrá de estarse a lo que nuestro Tribunal Supremo ha venido estableciendo al respecto, entendiéndolo, en su STS 3902/2014, de 20 de septiembre de 2014, que: “[...] 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.”. Tal argumentación venía a recoger, en cuanto a su fundamento, lo ya dispuesto en la STS, Sala 1ª, de 25 de febrero de 2013, que dispone que 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 misma de indemnizar, lo que acontece en el caso de autos donde no puede hablarse de una clara, concreta y determinada obligación de indemnizar, toda vez que la causa de la que deriva dicha eventual indemnización no se encuentra claramente determinada, sino que ha sido preciso acudir a diversos criterios científicos y protocolos establecidos por las sociedades médicas y aún habiendo llegado finalmente a una estimación de su aplicación, no puede olvidarse que nos encontramos ante una materia en la que no pueden establecerse verdades universales pues no nos encontramos con una actividad matemática donde exista un 100% de certeza en cuanto a los medios a emplear o el resultado a obtener, sino que existe un elevado elemento de incertidumbre en cada intervención y en atención a las distintas circunstancias que concurren respecto de cada persona, que hacen que no pueda determinarse de una forma apriorística la concurrencia de una mala praxis o una negligencia médica a no ser que la misma sea tan clara, manifiesta y evidente que no deje lugar a duda alguna, circunstancia ésta que no puede predicarse en el presente caso como buena muestra de ello es que incluso los distintos peritos que intervinieron en el acto del juicio y emitieron sus respectivos informes, mantienen criterios diferenciados a la hora de calificar, por ejemplo, los niveles de riesgo a tomar en consideración para determinar si concurre o no una mala praxis.

Por mor de lo expuesto, no resultarán de aplicación en el presente caso los intereses previstos en el art. 20 LCS respecto de la Cía. aseguradora SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. Por tanto, deberán imponerse a ésta los previstos en los artículos 1.100, 1.101 y 1.108 del Código Civil desde la fecha de interposición de la demanda.

SÉPTIMO.- En materia de imposición de costas ha de estarse a lo dispuesto en el artículo 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, según el cual: “1. 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.

Para apreciar, a efectos de condena en costas, que el caso era jurídicamente dudoso se tendrá en cuenta la jurisprudencia recaída en casos similares.

2. Si fuere parcial la estimación o desestimación de las pretensiones, cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad, a no ser que hubiere méritos para imponerlas a una de ellas por haber litigado con temeridad.”.

Habiendo tenido lugar en el presente caso la estimación parcial de la demanda, no ha lugar a la imposición de las costas procesales derivadas del presente procedimiento a ninguna de las partes.



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER		
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	15/16





Vistos los preceptos legales citados, y demás de general y pertinente aplicación.

FALLO

Que **DEBO ESTIMAR Y ESTIMO PARCIALMENTE LA DEMANDA** interpuesta en reclamación de cantidad por la Procuradora D^a. ISABEL AFONSO RODRIGUEZ, en nombre y representación de
contra **SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS;**
CONDENANDO A LA CÍA. DEMANDADA A ABONAR A LA ACTORA la cantidad de dieciséis mil seiscientos veintidós euros, con cincuenta y ocho céntimos de euro (16.622,58 €), más los intereses legales previstos en los artículos 1.100, 1.101 y 1.108 del Código Civil desde la fecha de interposición de la demanda.

No se hace expresa imposición a ninguna de las partes de las costas procesales causadas.

De la presente Sentencia dedúzcase testimonio que se unirá a los autos de su razón, y notifíquese a las partes, haciéndoles saber que la misma no es firme y contra ella cabe interponer recurso de apelación ante este Juzgado dentro del plazo de veinte días contados desde el siguiente a su notificación, conforme a lo establecido en los artículos 455 y siguientes de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Así por esta mi sentencia, definitivamente juzgando en primera instancia, lo pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- Dada, leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Sr. Juez que la suscribe, estando el mismo celebrando Audiencia Pública, por ante mí el Secretario, en el mismo día de su fecha. Doy fe.-



Código Seguro De Verificación:	8Y12V8THPZEDHACUU3XTUH63NSFEHM	Fecha	26/06/2023	
Firmado Por	GLORIA ISABEL DORADO GARCIA JOSE ANTONIO VILLEGAS BERENGUER			
Url De Verificación	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	Página	16/16	