



**JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 21 DE MADRID**

Calle del Poeta Joan Maragall, 66 , Planta 4 - 28020

Tfno: 914932782

Fax: 914932784

42020310

**Alvaro Sardinero García**  
**Abogado**

C/ Francisco Silvela, 19 Entpta. F

28028 - MADRID

Tel. y Fax: 91 308 37 60

NIG: 28.079.00.2-2017/0225381

**Procedimiento: Procedimiento Ordinario 13/2018**

**Materia: Indemnización de daños y perjuicios**

**Demandante: D./Dña.**

**PROCURADOR D./Dña. PALOMA SOLERA LAMA**

**Demandado:**

**PROCURADOR D./Dña. MARIA ESTHER CENTOIRA PARRONDO**

## **SENTENCIA Nº 68/2019**

**JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ: D./Dña. Mª CARMEN PEREZ ELENA.**

**Lugar: Madrid.**

**Fecha: Veintitrés de mayo de dos mil diecinueve.**

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por la procuradora de los tribunales doña PALOMA SOLERA LAMA, en nombre y representación de . actuando en nombre y representación de su hija menor de edad, se formula demanda de JUICIO ORDINARIO contra , en reclamación de UN MILLÓN SETECIENTOS MIL EUROS (1.700.000 €) más intereses del artículo 20 de la LCS, por daños, secuelas y perjuicios ocasionados.

**SEGUNDO.-** Admitida a trámite con traslado de copia, por la parte demandada contesta oponiéndose a las pretensiones de la parte actora, convocando a las partes al acto de la audiencia previa, a la que comparecen ambas no alcanzado acuerdo, ratificándose en sus respectivos escritos de demanda y contestación solicitando e recibimiento del pleito a prueba, declarada pertinente y admitida la documental y periciales, señalándose día y hora para la celebración del juicio, en cuyo acto se practicaron las pruebas y emitida su valoración se declararon los autos conclusos para dictar sentencia.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

**PRIMERO.-** Se ejercita por la parte actora acción directa del artículo 76 LCS frente a la Cía. Aseguradora en reclamación de cantidad indemnizatoria por daños, secuelas y perjuicios, por la injustificable demora asistencial



**Madrid**





en el Hospital ingresando el día 5 de febrero de 2015 para dar a luz a su hija produciéndose una demora en la indicación de la cesárea, en su realización, la toma de PH de calota que ni siquiera se intentó, y que permitió el sufrimiento fetal y nacimiento con gravísimas secuelas: retraso psicomotor, ceguera, encefalopatía hipoxico-isquémica, epilepsia por lesión perinatal, discapacidad del 80%, etc, manteniéndose que las lesiones y secuelas tienen su causa en la hipoxia perinatal producido durante el parto.

Por la parte demandada, la Cía. aseguradora .

se opone a las pretensiones de la parte actora disconforme con las valoraciones subjetivas realizadas de contrario sobre la asistencia sanitaria prestada, siendo correcta la decisión de inducir el parto por líquido teñido y registro poco tranquilizador, existiendo datos para sospechar que antes del proceso del parto existía una situación de hipoxia prenatal que condicionó de manera significativa las secuelas neurológicas, siendo indicada la cesárea por RPBF (riesgo de pérdida de bienestar fetal) ante la ausencia de dilatación cervical y las alteraciones del registro, no cambiando el desenlace con la realización de una cesárea al mismo momento del ingreso, manteniendo ser correcta y acorde a la Lex Artis ad hoc, no existiendo indicios de mala praxis.

**SEGUNDO.-** Conforme a la sucesión de los hechos, el 5 de febrero de 2015, a las 10:30 horas doña [Nombre] ingresa en el Servicio de Urgencias Obstétricas del Hospital [Nombre] por rotura de bolsa de líquida amniótico, indicándose a las 12:50 horas la inducción al parto con misoprostol, al empezar a dar muestras de la situación fetal "poco tranquilizador y el líquido teñido de meconio (tal y como consta en doc. N° 4 de la demanda)", siendo las 16:35 horas cuando se decide someter a la paciente a una cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal, naciendo 35 minutos después, a las 17.10 horas (doc. N° 5 de la demanda), presentando al nacer, como así consta en informe aportado como documento número 6 de la demanda: "Abundante meconio. Acidosis metabólica. Distres respiratorio. Aspiración meconial. Alteraciones RCTG (registro cardiotocográfico) Líquido meconial". El estudio gasométrico de la sangre del cordón umbilical, realizado a las 17:25 horas del día 5 de febrero de 2015, 15 minutos después de la extracción del feto, (PH 7,07) , reflejo de la sangre fetal y acidosis grave, (doc. N° 7 de la demanda), tal como se refleja en el doc. N° 8 de la demanda, el resultado de la gasometría, a las 18:00 horas, los niveles de Lactato (déficit de bases) eran de 13 mmol/l, indicador de asfixia grave y encefalopatía severa, presentando en el momento del alta, 20 de febrero de 2015: "Encefalopatía hipóxico-isquémica significativa. Distrés respiratorio. Acidosis metabólica. Estatus convulsivo. Cesárea urgente por SPBF (sospecha de pérdida de bienestar fetal). Alteración del registro cardiotocográfico" (doc. N° 9 ), ingresando el 2 de noviembre de 2015 por crisis convulsivas con diagnóstico de Epilepsia secundaria , espasmos epilépticos y microcefalia adquirida (docn °10 de la demanda ), con distintos ingresos hospitalarios por convulsiones durante el año 2016, presentando en el año 2017, conforme al informe emitido en enero de 2017, aportado como documento número 11 de la demanda: "Retraso psicomotor global moderado. Epilepsia secundaria. Estatus convulsivo neonatal, espasmos epilépticos (noviembre 2015) estatus febril (enero 2016), encefalopatía hipóxico-isquémica moderada-severa. Lesiones extensa en Resonancia Magnética Cerebral. Microcefalia adquirida. Tetraparesia distónica. Distonía paravertebral dolorosa. Déficit visual con baja visión. Afiliada a ONCE. Disfagia orofaríngea neurógena leve". Ceguera cortical con afiliación



La autenticidad de este documento se puede comprobar en [www.madrid.org/cvce](http://www.madrid.org/cvce) mediante el siguiente código seguro de verificación: 1221607369415045958739





a la ONCE (doc. Nº 12 de la demanda), diagnosticándose por los servicios del Hospital en fecha 19 de enero de 2017: "Niña de 23 meses de edad derivada por encefalopatía hipóxicoisquémica, epilepsia en estudio, déficit visual (acude a ONCE a estimulación), actualmente presenta un trastorno motor cerebral tipo tetraparesia distónica" (doc. Nº 13 de la demanda); reconocido grados de discapacidad del 80% el 7 de marzo de 2017, doc. Nº 15 de la demanda), reconocida situación de dependencia Grado III (doc. Nº 16 de los acompañados con el escrito de demanda).

De dicha documental se desprende la realidad de la causación de lesiones y secuelas que presenta la hija de la actora en el momento del alta hospitalaria, su evolución y estabilización.

**TERCERO.-** La STS TS nº 284/2014 de 6 junio (EDJ 2014/91085) sobre el daño desproporcionado, establece: La doctrina del daño desproporcionado, permite no ya deducir la negligencia, ni establecer directamente una presunción de culpa, sino aproximarse al enjuiciamiento de la conducta del agente a partir de una explicación cuya exigencia se traslada a su ámbito, pues ante la existencia de un daño de los que habitualmente no se producen sino por razón de una conducta negligente, se espera del agente una explicación o una justificación cuya ausencia u omisión puede determinar la imputación por culpa que ya entonces se presume (SSTS 16 de abril, rec. nº 1667/2000, y 23 de mayo 2007, rec. nº 1940/2000). El daño desproporcionado -STS de 19 de julio de 2013, rec. nº 939/2011- es aquél no previsto ni explicable en la esfera de su actuación profesional y que 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. 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 30 de junio 2009, rec. 222/205; 27 de diciembre 2011, rec. nº 2069/2008, entre otras), sin que ello implique la objetivización, en todo caso, de la responsabilidad por actos médico", "sino revelar, traslucir o dilucidar la culpabilidad de su autor, debido a esa evidencia (*res ipsa loquitur*)" (STS 23 de octubre de 2008, rec. nº 870/2003).

Como expresan las sentencias del Tribunal Supremo de 29 de junio y 9 de diciembre de 1999, y 15 de septiembre de 2003 ante un daño desproporcionado se desprende la culpabilidad del autor y corresponde a la regla *res ipsa loquitur* (la cosa habla por sí misma) que se refiere a una evidencia que crea una deducción de negligencia y ha sido tratada profusamente por la doctrina angloamericana y a la regla del *Anscheinsbeweis* (apariencia de prueba) de la doctrina alemana y, asimismo, a la doctrina francesa de la *faute virtuelle* (culpa virtual), lo que requiere que se produzca un evento dañoso de los que normalmente no se producen sino por razón de una conducta negligente, que dicho evento se origine por alguna conducta que entre en la esfera de la acción del demandado aunque no se conozca el detalle exacto.

Respecto del nexo causal, si bien se aplica mayoritariamente la doctrina de la causalidad adecuada o eficiente, la moderna doctrina jurisprudencial opta decididamente por soluciones y criterios que le permitan valorar en cada caso si el acto antecedente que se



presenta como causa tiene virtualidad suficiente para que del mismo se derive, como consecuencia necesaria, el efecto dañoso producido, y que la determinación del nexo causal entre la conducta del agente y el daño producido debe inspirarse en la valoración de las condiciones o circunstancias que el buen sentido señale en cada caso como índice de «responsabilidad», dentro del infinito encadenamiento de causas y efectos, con abstracción de todo exclusivismo doctrinal, pero con abandono de posturas cercanas a la teoría de la equivalencia de las condiciones (sentencias de 19 Dic. 1992 y de 25 Mar. 1995). Sin perder de vista que el artículo 1.902 descansa en un principio básico culpabilista, que la diligencia requerida comprende todas las prevenciones y cuidados que la prudencia imponga para prevenir el evento dañoso, con inversión de la carga de la prueba y presunción de conducta culposa en el agente, así como la aplicación, dentro de unas prudentes pautas, de la «responsabilidad» basada en el riesgo, aunque sin erigirla en fundamento único de la obligación de resarcir, todo lo cual permite entender que para responsabilizar una conducta no solo ha de atenderse a esa diligencia exigible según las circunstancias personales, de tiempo y lugar, sino, además, al sector del tráfico o al entorno físico y social donde se proyecta la conducta, para determinar si el agente obró con el cuidado, atención y perseverancia apropiados y con la reflexión necesaria para evitar el perjuicio (sentencias de 23 Mar. 1984, 1 Oct. 1985, 2 Abr. y 17 Dic. 1986, 17 de julio de 1987 y 28 de octubre de 1988).

Atendiendo a la desproporcionalidad del resultado de los graves daños, incompatibles con un resultado esperado en un parto, con inversión de la carga probatoria corresponde a la parte demandada acreditar que se actuó conforme a la *lex artis*.

Es necesario destacar la falta del Registro Cardiopográfico, (RCTG) que forma parte del historial clínico, siendo conforme al artículo 217. 6 de la Ley de Enjuiciamiento Civil la facilidad probatoria de la parte demandada, y cuya custodia viene atribuida al centro hospitalario (artículo 3 de la Ley 41/2002), solicitado el historial clínico en fecha 13 de septiembre de 2015 y 30 de septiembre, documentos números 17 y 18 de la demanda, no siendo entregada la totalidad de la documentación de dicho historial, no incluyendo los registros cardiotocográficos, solicitado mediante diligencias preliminares, seguidas en el Juzgado de Primera Instancia no siendo finalmente entregados afirmando no encontrarse en sus archivos, no constando en la historia clínica (doc. Nº 21) las monitorizaciones de los registros cardiotocográficos (RCTG), documento básico, fundamental en el control del bienestar del feto, y de la dinámica uterina, como así se pone de manifiesto en sus conclusiones por los peritos de la parte actora, gráficos de monitorización que determinan en cada momento el estado del feto, siendo indicada la necesidad de monitorización en partos inducidos para el registro de la frecuencia cardíaca fetal (FCF), y tal y como se indica en el informe pericial, documento número 27 de la demanda, debiendo formar parte de la historia clínica, no existiendo constancia documental de dicho RCT y no constar copia de la gráfica de la misma, ni de las monitorizaciones realizadas, ni si se llevaron a cabo como exigen los protocolos de la SEGO; pronunciándose en el mismo sentido la perito del informe emitido y aportado como documento número 28 con el escrito de demanda, no existir o no aportado el registro de monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) a pesar de que en las guías y protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia se indica la necesidad de esta monitorización en los partos inducidos.

**CUARTO.-** Sobre la asistencia sanitaria en cuanto a la demora asistencial en la





indicación y realización de la cesárea, su relación de causalidad con las secuelas que presenta la niña (encefalopatía hipóxico-isquémica con secuelas neurológicas y parálisis cerebral) y el quantum indemnizatorio.

No ofrece duda del resultado de lesiones y secuelas que presenta la niña, siendo diagnosticada en el momento del alta hospitalaria de: "Encefalopatía hipóxico-isquémica significativa. Distrés respiratorio. Acidosis metabólica. Estatus convulsivo. Cesárea urgente por SPBF (sospecha de pérdida de bienestar fetal). Alteración del registro cardiotocográfico".

Acreditado que presenta como lesiones como consecuencia de la hipoxia cerebral sufrida sin género de duda durante el parto: PARÁLISIS CEREBRAL DISCINÉTICA (Tetraparesia distónica), EPILEPSIA, RETRASO GLOBAL MODERADO, DÉFICIT VISUAL DE ORIGEN NEUROLÓGICO, CEGUERA CORTICAL, DISFAGIA OROFARÍNGEA NEURÓGENA que supone un riesgo por la posibilidad de atragantamiento, DISTONÍA PARAVERTEBRAL DOLOROSA y MICROCEFALIA ADQUIRIDA, con grave discapacidad, en la actualidad reconocido un grado de discapacidad del 80%, necesitando de ayuda para realizar todas las actividades de la vida diaria, así como como tratamiento con rehabilitación y fisioterapia de por vida.

Sobre la relación causal, del examen y valoración de la documental y periciales médicas practicadas, ratificadas en el acto del juicio, se extrae de los informes periciales emitidos a instancias de la parte actora, aportados como documentos números 27 y 28 con el escrito de demanda, y ampliaciones, existir una indubitada relación causal entre las lesiones y secuelas como consecuencia de la hipoxia perinatal producida durante el parto, al existir en cuanto en el momento del ingreso datos de alarma sobre la oxigenación fetal, como así se pronuncia el perito Dr. (informe doc. N° 27 de la demanda) al no percibir subjetivamente la paciente al feto y el líquido amniótico estaba teñido de meconio, debiendo haberse mantenido, una vez realizado el RCT inicial que informó como poco tranquilizador, una monitorización continua, y realizado un estudio gasométrico de sangre fetal obtenido de la calota, no habiéndose intentado la toma de ph, no constando se cumplieran las condiciones que permitiesen una inducción al parto, no agotándose las técnicas para el control del bienestar fetal durante la inducción, afirmando que del resultado perinatal y ausencia de datos necesarios que debía contener la historia clínica se puede inducir que el feto debía haberse extraído mediante cesárea sin proceder a la inducción del parto, con una demora en la extracción fetal tras la indicación de la cesárea superior a 30 m, y que siendo analizado el valor del ph del cordón de 7,07, claramente sugestivo de acidosis metabólica muy grave y asfixia perinatal confirmados además por el lactato de 13 mmol/l detectado a las 18 horas en la sangre del recién nacido, siendo de dichos resultados concluir de clara y gravemente patológico, pudiendo establecer un nexo entre la asfixia perinatal y la parálisis cerebral.

Pericial ratificada por su emisor Dr. y ampliación, manteniendo la afirmación de no haber agotado las técnicas diagnósticas conforme a la sintomatología que presentaba la recién nacida, constando en todos los informes un encefalopatía, y en informe de discapacidad (80%) sufrimiento fetal, coincidiendo con dicho informe, reiterando sus conclusiones en cuanto a la presencia de datos de alarma, siendo los movimientos fetales negativos y la presencia de meconio que requiere de monitorización continuada, no constando en la historia clínica el registro cardiotocográfico, uno de los documentos



más importantes, al ser indicativo del estado de oxigenación del feto, y en su caso acudir a la realización de la prueba del Ph fetal, siendo en este caso su resultado fue de 7,07 indicativo claro de acidosis metabólica muy grave y asfixia perinatal confirmados, además, por el lactato de 13 mmol/l detectado a las 18 horas en la sangre del recién nacido, y como consta en el informe, documento N° 4 de la demanda, la indicación de cesárea por el PH y pérdida de bienestar fetal; ratificando igualmente su conclusión en relación al retardo en la cesárea indicada como urgente, siendo mayor el déficit de aporte de oxígeno al feto cuanto más tiempo permanezca en el claustro materno, ratificando su conclusión en cuanto al nexo entre la asfixia y parálisis, y con el informe y conclusiones del informe pediátrico, indicando la hipoxia que presenta la recién nacida y su relación con las secuelas.

En el mismo sentido y las mismas conclusiones se extraen del informe emitido por la Dra. médico especialista en Pediatría, aportado como documento número 28 con la demanda, tomando en consideración la documentación obrante en la historia clínica, la certificación de minusvalía y el reconocimiento de la menor, que concluye que existió HIPOXIA INTRAPARTO, y existió relación causal entre la Hipoxia intraparto y las lesiones neurológicas, existiendo acidosis metabólica indudable con pH 7,07, no pudiendo ser admitido con certeza absoluta al existir diversos errores en el proceso analítico con anotación de N/D(no determinados) lo que demuestra que se produjo algún problema o error durante el análisis de la muestra de sangre, además de la determinación del lactato en la primera hora de vida (extraído en neonatología) es un indicador de acidosis muy fiable. Se considera que valores por encima de 8 mmol/l son indicadores de asfixia intraparto, demostrándose que valores superiores a 9 mmol/l se asocian a encefalopatía moderada a severa, tenía un lactato de 13 mmol/l".

Por la Dra. emisora del referido informe y su ampliación, se ratifica y reitera su afirmación de concluir de existir una relación evidente entre la asfixia, hipoxia intraparto, falta de oxígeno, grave y mantenido, de intensidad, con la lesión cerebral de la menor, afirmando sin género de duda por la gravedad de PH, inferior a 10, indicativo de acidosis, no estar el feto oxigenando a través de la placenta, con indicación de valores N/D, siendo evidente que algo pasó, además del resto de pruebas, RM, pruebas de imagen (que faltan en el informe emitido a instancias de la demandada), que fue la falta de oxígeno, y sin duda alguna presentar una encefalopatía hipoxisquímica, excluyendo cualquier otra causa, habiendo explorado a la niña, examinados así mismo los certificado de afectación visual de la ONCE, siendo moderada en fecha 10 de junio de 2016 y ya ceguera en fecha 16 de mayo de 2017, lo que condiciona mucho su calidad de vida, además de su dificultad para hablar, no presentando la niña riesgo vital, y con esperanza de vida como cualquier otra persona, sin informe alguno que indique que tenga una corta vida.

La cesárea fue tardíamente indicada y practicada, produciéndose un sufrimiento fetal agudo con hipoxia-isquemia, presentando la nacida a los 30 minutos de vida "quejido" y "aleteo nasal", (doc. N° 22) característico de esa falta de oxigenación, ratificado por la perito.

De contrario, del examen y valoración de la pericial emitida a instancias de la parte demandada, aportado como documento N° 1 con el escrito de contestación, emitido por Dra. Dr. y Dra. en el que se concluye y ratifica, correcta y acorde a *Lex Artis ad hoc*, sin que existan indicios de



mala praxis, ser correcta la decisión de inducir el parto por líquido teñido y registro poco tranquilizador, desconociéndose si la monitorización fue continua o intermitente así como los trazados de RCTG para poder valorarlos, e incluso mantener que sus propias conclusiones podrán variar tras la valoración del trazado del RCTG, documento que forma parte del historial clínico, siendo conforme al artículo 217. 6 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, la facilidad probatoria de la parte demandada, y cuya custodia viene atribuida al centro hospitalario (art. 3 de la Ley 41/2002), no obstante no haber sido aportados los gráficos del registro cardiotocográfico, pese a ser requeridos a la parte demandada extrajudicial y judicialmente, basándose dicho informe pericial en “la evidencia médica actual que no existió una hipoxia intraparto aguda de suficiente gravedad como para justificar por sí solas secuelas neurológicas, existiendo datos para sospechar que antes del proceso del parto existía una situación de hipoxia prenatal que condicionó de manera significativa las secuelas neurológicas”, no obstante no aclarar dicha afirmación, de la existencia y evidencia de datos que hicieran sospechar que antes del parto existía una situación de hipoxia prenatal, habida cuenta que todos los peritos afirman, no haber patología alguna en la gestación durante el embarazo, afirmando así mismo que ante la ausencia de dilatación cervical y las alteraciones del registro se indicó cesárea por RPBF (riesgo de pérdida de bienestar fetal, no existiendo un riesgo de amenaza inmediata para la vida fetal o materna, al contemplarse un tiempo de actuación entre 30 y 75 minutos para la extracción fetal, habiéndose realizado en este caso en 35 minutos, no cambiando el desenlace probablemente la realización de una cesárea al mismo momento del ingreso, acreditado de contrario no cumplirse las condiciones para la inducción del parto, y realizarse la cesárea con demora, por cuanto de la valoración probatoria documentales y periciales médicas practicadas permite establecer sin duda la relación causal entre la incorrecta asistencia durante el parto y el resultado de daños desproporcionados que carecen de justificación e incompatibles con un resultado normal y esperado en un parto de un feto sano durante la gestación.

#### QUINTO- Sobre la valoración del quantum indemnizatorio.

No resulta de aplicación para la valoración del quantum indemnizatorio el baremo indicado por la parte demandada (ANEXO al Real Decreto Legislativo 8/2004) atendiendo a la fecha de alta hospitalaria, 20 de febrero de 2015, en la que se fija la cantidad de 374.912,2 €, con base al informe pericial, aportado como documento N° 2 con el escrito de contestación, emitido por la Dra. ., en tanto valora la incapacidad temporal o lesiones temporales, atendiendo a dicha fecha de alta hospitalaria por ser lesiones diagnosticadas y conocidas desde dicha fecha, 20 de abril de 2015, no obstante no tener en cuenta la fecha de estabilización lesional, que queda fijada el 7 de marzo de 2017; se valoran las secuelas, teniendo en cuenta la esperanza de vida, calculada sobre la edad de 56 años, sin base alguna sobre datos, documentación médica, pruebas objetivas para dicho cálculo, contradicho en pruebas periciales médicas practicadas, se aplican factores de disminución, con base a informe médico pericial emitido por la actora “ante la consideración que no existió una hipoxia intraparto aguda de suficiente gravedad como para justificar por si sola las secuelas neurológicas, y sospechar que antes del proceso del parto existía una situación de hipoxia prenatal que condicionó de manera significativa las secuelas neurológicas, y que de haber realizado una cesárea al mismo momento del ingreso probablemente no hubiese cambiado el desenlace”, acreditado lo contrario, y por tanto no ser de aplicación dicho factor de disminución.





De contrario, resulta de aplicación el baremo de la Ley 35/2015, atendiendo a la estabilización lesional, 17 de marzo de 2017, certificado el incremento del grado de discapacidad de un 38 % a un 80%, consolidándose el estado visual como ceguera, estimándose ajustado y conforme a derecho la cuantificación contenida en el informe pericial aportado como documento número 29 con el escrito de demanda, que cuantifica en la suma de TRES MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN EUROS (3.213.251 €), por los conceptos de perjuicio personal básico, estableciéndose una cuantía de 367.620,25 para los perjuicios funcionales y de 116.602,92 para el perjuicio estético, total de 484.223,17 €; secuelas, por perjuicio personal particular (daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, 96.240 €, daños morales complementarios por perjuicio estético 30.000 €, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, valorada en grado muy grave, ante la pérdida de autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria 150.375 €, daño moral por pérdida de calidad de vida a los familiares de grandes lesionados 145.362,50 €, y perjuicio excepcional 55.323 €, por lesiones temporales, teniendo en cuenta la estabilización lesional en fecha 7 de marzo de 2017, valoradas las secuelas con grado de discapacidad del 80%, cuantificados quince días muy graves, ingreso desde el nacimiento en la unidad específica de Cuidados Críticos Neonatológicos del Hospital

que debe entenderse como una unidad de vigilancia intensiva (UCI) específica para el tratamiento de este tipo de pacientes, y 1.111 días moderados, ya que en ningún momento ha podido efectuar las actividades normales y propias de su edad, cuantificado en la cantidad de 59.419 68 €; por perjuicio patrimonial por daño emergente (gastos previsibles de asistencia sanitaria futura 309.440 €, rehabilitación domiciliaria y ambulatoria 368.3 €, ayudas técnicas 150.375 €, adecuación de vivienda 132.224 €, incremento de costes de movilidad, indispensable la adquisición de un vehículo nuevo adaptado a las necesidades de la menor, que según presupuesto valora en 38.862 €; ayuda de tercera persona 1.044.603,25 €, y por lucro cesante 148.4276 €, y que atendiendo a la limitación del quantum indemnizatorio conforme a la póliza, se reclama el total de UN MILLÓN SETECIENTOS MIL EUROS (1.700.000 €), procediendo su estimación.

**SEXTO.-** La cantidad a cuyo pago queda obligada la parte demandada devenga intereses previstos en el art. 20 LCS.

Al amparo del art. 20 LCS: "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.

4.º La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.









**PUBLICACIÓN:** Firmada la anterior resolución es entregada en esta Secretaría para su notificación, dándose publicidad en legal forma, y se expide certificación literal de la misma para su unión a autos. 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.



La autenticidad de este documento se puede comprobar en [www.madrid.org/cove](http://www.madrid.org/cove) mediante el siguiente código seguro de verificación: 1221607369415045988739



**Madrid**

**Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia Proc. Ordinario firmado electrónicamente por M<sup>a</sup> CARMEN PEREZ ELENA**