



JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 51 DE MADRID

Calle Rosario Pino 5 , Planta 3 - 28020

Tfno: 914438988

Fax: 915428118

juzpriminstancia051madrid@madrid.org

42020310

NIG: 28.079.00.2-2024/0080138

Procedimiento: Procedimiento Ordinario 701/2024

Materia: Indemnización de daños y perjuicios

Demandante: D./Dña.

PROCURADOR D./Dña. PALOMA SOLERA LAMA

Demandado:

PROCURADOR D./Dña. ELENA RUEDA SANZ

SENTENCIA Nº 361/2025

JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ: D./Dña. MARÍA LUISA GARCÍA MORENO

Lugar: Madrid

Fecha: siete de julio de dos mil veinticinco

Vistos por mí, ILMA SRA. DÑA MARÍA LUISA GARCÍA MORENO, Magistrada-Juez del Juzgado de Primera Instancia número 51 de Madrid, los presentes autos de juicio ordinario seguidos en este Juzgado con el número 701/2024 promovidos por DÑA [REDACTED], representada por el/la Procurador/a de los Tribunales DÑA PALOMA SOLERA LAMA y asistida del Letrado/a D. ÁLVARO SARDINERO GARCÍA, contra [REDACTED] representada por la Procuradora de los Tribunales DNA ELENA RUEDA SANZ y asistida del Letrado/a DÑA MARÍA JESÚS HERNANDO GONZÁLEZ, en reclamación de cantidad.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - En fecha 15 de marzo de 2024 tuvo entrada en este Juzgado, procedente de Decanato, demanda promovida por el/la Procurador/a de los Tribunales DÑA PALOMA SOLERA LAMA, en la referida representación y contra la parte demandada citada, en la que alegaba:

Que a su mandante le detectaron un pequeño aneurisma asintomático que, por sus características, no debía intervenir, estando indicado hacerlo sólo en caso de que creciera por encima de los 7 mm. Que, sin embargo, los servicios sanitarios asegurados por la demandada decidieron intervenirlo sin informar previamente de que existían alternativas más adecuadas, como el seguimiento y control del mismo, y sin informarla de los riesgos a través del correspondiente consentimiento informado.

Que en el postoperatorio inmediato sufrió un ictus, lo que conllevó la materialización de unas gravísimas secuelas que han dejado a la paciente postrada en una silla de ruedas y con una discapacidad del 91%.



Alvaro Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Silvela, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/cove mediante el siguiente código seguro de verificación: 0925887521379197936704

Aporta un informe pericial del que resulta que las actuaciones médicas realizadas a la actora contravienen la *lex artis* y la práctica hospitalaria habitual en el manejo de aneurismas de 3-4 mm.

Reclama 96 puntos de secuelas físicas, perjuicio estético muy importante, daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, daños morales complementarios por perjuicio estético, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionadas por las secuelas muy graves, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de los familiares de grandes lesionados, perjuicio patrimonial e indemnización por lesiones temporales, reclamando un total de 1.300.000 euros.

SEGUNDO. - Por decreto de 30 de abril de 2024 se admitió a trámite la demanda y se acordó emplazar a la parte demandada a fin de que en el plazo de veinte días se personara en autos y contestaran a la demanda, efectuándose el emplazamiento con fecha 8 de mayo de 2024.

Con fecha 7 de junio de 2024 contestó la demandada a la demanda, alegando que la opción terapéutica aplicada a la demandante estaba indicada, habiendo sido la atención prestada a la paciente correcta y adecuada, resultando que la complicación acontecida se encuentra contemplada en la literatura y debe considerarse un evento desafortunado no debido a una mala praxis.

Que la paciente fue informada del tratamiento, de las posibles alternativas terapéuticas y de los riesgos típicos de cada una de ellas.

Impugna la valoración

TERCERO. - Por diligencia de ordenación de 19 de junio de 2024 se tuvo por contestada la demanda y se convocó a las partes a la correspondiente audiencia previa para el día 18 de septiembre.

La misma se suspendió por las razones que obran en autos, señalándose nuevamente para el día 3 de octubre de 2024.

A la misma comparecieron las partes, debidamente representadas y asistidas.

Concedida la palabra a la actora, se afirma y ratifica en la demanda y solicita el recibimiento del pleito a prueba. Concedida la palabra a la parte demandada se afirma y ratifica en su escrito de contestación a la demanda y solicita el recibimiento del pleito a prueba.

CUARTO. - A petición de partes, y fijados los hechos controvertidos, se recibió el pleito a prueba, proponiéndose por la actora los siguientes medios de prueba: documental, más documental, testifical y pericial. Por la demandada se propuso documental, más documental y pericial.



Habiéndose interesado por la actora informe pericial judicial, se procedió a la designación de perito, que finalmente aportó su informe con fecha 8 de mayo de 2025.

Por diligencia de ordenación de 12 de mayo de 2025 se convocó a las partes a la celebración del juicio para el día 2 de julio.

El citado día pudieron practicarse la totalidad de las pruebas propuestas y admitidas, con el resultado que es de ver en autos, quedando a continuación el juicio visto para sentencia, previas las conclusiones de las partes.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. - Del consentimiento informado

La Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de junio de 2009 establece que "la distinción entre obligación de medios y de resultados ("discutida obligación de medios y resultados", dice la Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de junio de 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 sólo 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 (Sentencia del Tribunal Supremo de 12 de marzo de 2008).

Las doctrinas sobre medicina curativa-medicina 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.

SEGUNDO. – Las SAP de Granada, sección 4, de 11-02-2011 (ROJ: SAP GR 2010/2011) y de Barcelona, sección 13, de 13-09-2010 (ROJ: SAP B 7232/2010), con cita de la STS de 10-05-2006, han puesto de relieve la importancia de cumplir este deber de información del paciente, en cuanto integra una de las obligaciones asumidas por los médicos y es requisito previo a todo consentimiento, constituyendo un presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica (SSTS de 2.10.1997; 29.5 de mayo y 23 de julio de 2003; 21 de diciembre 2005, entre otras). Como tal, forma parte de toda actuación asistencial, está incluido dentro de la obligación de medios asumida por el médico (SSTS 25 de abril de 1994, 2 de octubre de 1997 y 24 de mayo de 1999). Se trata de que el paciente participe en la toma de decisiones que afectan a su salud y de que, a través de la información que se le proporciona, pueda ponderar la posibilidad de sustraerse a una determinada intervención quirúrgica, de contrastar el pronóstico con otros facultativos y de ponerla, en su caso, a cargo de un Centro o especialistas distintos de quienes le informan de las circunstancias relacionadas con la misma.

Esta falta de información implica una mala praxis médica que, no sólo es relevante desde el punto de vista de la imputación, sino que es, además, una consecuencia que la norma procura que no acontezca para permitir que el paciente pueda ejercitar con cabal conocimiento (consciente, libre y completo) el derecho a la autonomía decisoria más conveniente a sus intereses, que tiene su fundamento en la dignidad de la persona que, con los derechos inviolables que le son inherentes, es fundamento del orden político y de la paz social (artículo 10.1 CE). Este deber es aplicable tanto si existe un vínculo contractual -contrato de servicio sanitario, sea arrendamiento de servicio o de obra- como si no, operando entonces la relación entre quienes prestan la asistencia médica y el usuario en el campo extracontractual (STS 2.7.2002) e incumbe por igual al médico y al Centro (SSTS, entre otras, de 16.10.1998, 7.3.2000, 12 enero y 27 abril 2001, 4.10.2007, 19.6.2007, y 22.11.2007).

Por otra parte, la jurisprudencia (SSTS 29.7.2008 y 13.10.2009) viene declarando que la exigencia de la constancia escrita de la información tiene mero valor ad probationem (a los efectos de la prueba) (SSTS 2 de octubre de 1997, 26 de enero de 1998, 10 noviembre 1998; 2 de noviembre de 2000; 2 de julio de 2002) y puede ofrecerse en forma verbal, en función de las circunstancias del caso (SSTS 2 de noviembre 2000, 10 de febrero de 2004 y 29 de septiembre de 2005), siempre que quede constancia en la historia clínica del paciente y en la documentación hospitalaria que le afecte (STS de 29 de mayo de 2003). La falta de forma escrita no determina por sí, en consecuencia, la invalidez del consentimiento en la información no realizada por escrito, pero se exige que sea el médico quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras este se halle bajo su cuidado, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios, como corolario lógico de que se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por él, y que integran, además, una de sus obligaciones fundamentales; así pues, la carga de la prueba de la información incumbe al médico (en nuestro caso, a la aseguradora del servicio madrileño de salud), y que hoy se resuelve a tenor de las reglas sobre facilidad probatoria contenida en el artículo 217.6 de la LEC, que recoge estos criterios jurisprudenciales (SSTS 25.9.2005, 18.5.2006, 22 y 28.11.2007).



En nuestro caso, no sólo no hay consentimiento informado prestado de manera escrita, sino que no existe en la historia clínica de la paciente ni en la documentación hospitalaria obrante en autos nada que permita pensar que, previamente a la intervención, se informara a la paciente de las alternativas terapéuticas y de los riesgos que conllevaba la operación, por más que conste una frase en un informe posterior, como se alega. Por mucho que la doctora , que ha depuesto en el plenario, entienda que ese consentimiento debió prestarse, dada la naturaleza de la intervención y el riesgo de demandas que al parecer conlleva, es lo cierto que, en este caso, por razones que se desconocen, no existe constancia alguna de la referida información, falta de constancia que ha de redundar en perjuicio de la demandada, ex artículo 217.6 de la Ley de Enjuiciamiento Civil ya citado.

TERCERO. - A continuación, y sentado lo anterior, debemos examinar las consecuencias de ello. La STS de 16-01-2012 (ROJ: STS 279/2012) especifica que lo que se cuestiona, con carácter principal, es si la falta de información ha producido al paciente algún perjuicio; si esta falta de información es o no equiparable a la negligencia y si debe asumir la demandada la totalidad de los perjuicios que se han irrogado a la demandante en un acto médico realizado conforme a la *lex artis*. Es decir, nos planteamos si el sólo hecho de que la paciente no fuera informada de los riesgos y complicaciones de la operación es o no equiparable a la negligencia, con independencia de que el cirujano fuera respetuoso con la *lex artis*.

Como se indicaba, las suposiciones de la doctora : no pueden constituirse en prueba de que la paciente fue debidamente informada, fundamentalmente porque no consta que en concreto las complicaciones que surgieron tras la intervención figurasen en ese documento supuestamente firmado por la actora. Aunque admitiésemos a efectos dialécticos que la demandante firmó el consentimiento informado, al no constar su contenido, no podemos entender acreditado que la complicación concreta que nos ocupa estuviera en el catálogo de riesgos y complicaciones de ese consentimiento informado firmado por la demandante.

Téngase en cuenta que el artículo 8 de la ley 41/2002 de noviembre, cuanto recoge los requisitos del consentimiento informado establece que " 1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso. 2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. 3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos. 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud. 5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento..."

Por todo ello debe concluirse que, independientemente de que la técnica

empleada fuera adecuada, sin embargo, no existe prueba que acredite que a la paciente se le informó ni de las alternativas terapéuticas ni tampoco del riesgo que conllevaba la intervención.

La anterior conclusión califica el cumplimiento de defectuoso por parte del servicio sanitario y la existencia de responsabilidad del mismo, y, por ende, de la entidad aseguradora. Como con reiteración ha dicho el Tribunal Supremo, 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.

Hay que indicar que la falta de información a la paciente en el sentido expresado anteriormente causa, además, un daño efectivo y real como consecuencia de la cristalización del citado riesgo, por cuanto la actora se vio privada de la posibilidad u oportunidad de ponderar la conveniencia de sustraerse a la operación evitando sus riesgos, máxime cuando existe controversia sobre la necesidad de haberse operado. En efecto, en esta Litis no se contempla si la operación estuvo o no bien hecha, sino si la decisión de operar a la paciente fue o no adecuada.

La teoría francesa de la pérdida de oportunidad determina perfectamente el nexo causal entre la omisión o deficiencia de la información y el daño surgido, sirviendo, además, para ponderar, en algunos casos, la cuantía indemnizatoria en función de las circunstancias concurrentes y del grado de probabilidad de que el paciente se sustrajera a la intervención realizada de haber conocido en su momento tal riesgo, posteriormente materializado tras su práctica. Conforme a lo expuesto, si pudiera demostrarse con absoluta seguridad o con una probabilidad rayana en la certeza que el paciente hubiera prestado su consentimiento si antes le hubieran sido explicados con todo detalle sus riesgos y alternativas, no habría lugar a indemnización. Por el contrario, si de las circunstancias del caso puede razonablemente deducirse que el paciente, de haber sido informado con rigor, detalle y exactitud, habría optado por no someterse a la intervención médica, tendrá derecho a una indemnización "íntegra". Esto último es lo que sucede en los casos resueltos en las SSTS de 23 de abril de 1992, 13 de abril de 1999, 26 de septiembre de 2000, 2 de julio de 2002, y 21 de octubre de 2005). Y es lo cierto que, en este caso, la parte demandada no demuestra, con una probabilidad rayana en la certeza, que la actora, de haber sabido que había otras alternativas o de haber sabido el riesgo que finalmente se materializó, hubiera decidido operarse, en cualquier caso.

CUARTO. - De la mala praxis

Si las anteriores consideraciones no fueran suficientes para entender que concurre negligencia por parte del profesional médico, es lo cierto que en este caso también ha quedado acreditada la mala praxis, no en la operación, sino en la decisión de



acometerla.

En la resolución del presente litigio cobran especial importancia los dictámenes periciales aportados: uno por parte de la demandante, dos por parte de la demandada y un dictamen pericial judicial. Debe recordarse que los juzgadores no están obligados a someterse a la prueba pericial y de concurrir varias pueden optar por la que se les presente como más objetiva y ajustada a la realidad del pleito e incluso atender en parte a las diversas periciales concurrentes en aquello que estimen de interés y en relación a las demás pruebas. En definitiva, es un medio de prueba más, sujeto al principio de libre valoración en relación con el criterio de la "valoración conjunta de la prueba": puede el juez - sin perjuicio de examinarlo y analizarlo- prescindir o apartarse totalmente del dictamen pericial (sobre todo si ha sido emitido previamente al proceso) razonando el porqué de esa decisión (por ej. en base a otras pruebas cuyo resultado es incompatible con el dictamen pericial); puede - entre varios - aceptar uno y desechar otros; atender más a los razonamientos que a las conclusiones, a la cualificación técnica del informante, al informe emitido en el proceso bajo los principios de inmediación y contradicción,... (SSTS. 10.2.1994). Reconociendo que es una prueba "más", ha de (1) indagar sobre la idoneidad o cualificación del perito para confeccionar el dictamen requerido, (2) indagar sobre su imparcialidad (en función de los motivos de abstención o recusación). El TS viene incluso a establecer una prioridad, en caso de dictámenes periciales discrepantes: (1) se acogen las conclusiones coincidentes de la mayoría de los peritos. (2) O se sigue el criterio de la mayor categoría profesional o grado de titulación del perito. (3) con frecuencia, atender con preferencia a la fuerza convincente de los informes (complitud, congruencia y fundamentación).

Dada la total ausencia de interés en que el pleito se resuelva a favor de ninguna de las partes, cobra especial relevancia el informe pericial judicial. Analizando las pruebas de imagen aportadas, el perito señala, en relación con la arteriografía cerebral del día 12 de abril de 2022, que se aprecia la existencia de un aneurisma sacular simple en la arteria cerebral media derecha en la división M2 con ausencia de la vertebral derecha cuyos diámetros aproximados son de 3x4mm.

Advierte que estaríamos en presencia de un aneurisma sacular simple en la arteria cerebral media derecha sin signos de complicación y no sintomático.

En cuanto al tratamiento a acometer, el perito señala que la decisión de tratar un aneurisma incidental debe considerar el riesgo de sangrado frente al riesgo del tratamiento. Aneurismas menores de 10 mm en pacientes asintomáticos sin HSA previa no requieren tratamiento inmediato, pero deben ser monitoreados. Aneurismas mayores de 10 mm en pacientes asintomáticos sin HSA previa se recomienda que sean tratados, salvo que la comorbilidad o la edad avanzada orienten a un tratamiento conservador.

Dice que, en 2015, un grupo multidisciplinario de expertos elaboró un documento de consenso sobre el manejo de aneurismas intracraneales no rotos, utilizando un modelo estadístico para calcular el riesgo de tratamiento frente al riesgo de evolución natural de la lesión. Este modelo asigna puntuaciones a las características del paciente, aneurisma y tratamiento, generando dos resultados numéricos: uno a favor del tratamiento y otro a favor del manejo conservador. Si la diferencia entre las puntuaciones es superior a 3 puntos, se recomienda el tratamiento con mayor puntuación. Si la diferencia es de 2 puntos o menos, la recomendación no es definitiva y



deben considerarse otros factores adicionales.

En el caso concreto de D^{ÑA} _____, señala el perito que la misma presentaba un aneurisma de 3x4 mm en la bifurcación de la arteria cerebral media derecha, sin HSA previa. Según el estudio ISUIA, el riesgo de rotura de aneurismas menores de 7 mm en la bifurcación de la arteria cerebral media sin HSA previa es del 0% a los 5 años. La puntuación de riesgo para su caso indicaba que el manejo conservador era la mejor opción, con una diferencia de 3 puntos a favor del manejo conservador. No existía correlación directa entre el aneurisma y el síndrome de Horner observado, que fue atribuido al empiema y neumotórax.

Valorando que la paciente era fumadora, la conclusión es que, en el caso de la Sra. _____ la diferencia entre elegir tratamiento conservador o quirúrgico/embolización es de 3 puntos (incluso podría llegar a los 4 puntos al resultar límite entre los 0 puntos y 1 punto en el apartado relativo al diámetro máximo) a favor del primero, esto es, la opción de no intervenir.

En cuanto a las características del aneurisma, señala el perito que, de la revisión de las imágenes, se infiere que el aneurisma era un aneurisma simple sacular sin doble saco.

Desde luego, y en línea con lo anteriormente señalado respecto de la ausencia de consentimiento informado, en el caso de la Sra. _____ se debería haber informado de la existencia de otras opciones a la cirugía. Y, en todo caso, si se hubiera optado por esta alternativa, se debería haber advertido a la paciente de los riesgos de la misma mediante la firma de un consentimiento informado específico para embolización del aneurisma. Nada de esto se hizo o, si se hizo, desde luego no consta.

QUINTO. - En cuanto al informe de la doctora _____, señala que a la paciente se le practicó una arteriografía cerebral el 12 abril de 2022 en el hospital Universitario _____, que confirmó un aneurisma sacular de 3 x 4 mm de la arteria cerebral media derecha de la división M2. Se propuso entonces tratamiento endovascular.

Dice que, de la historia clínica, se deduce que a la paciente se le propuso tratamiento endovascular. La propuesta, desde luego, no aparece documentada. Tampoco basta con “proponer algo”, sino que hay que especificar los riesgos concretos de la operación y las alternativas terapéuticas, sin que nada de esto conste. La perito entiende que “se le tuvo que explicar el procedimiento, sus riesgos, y su beneficio frente a la actitud expectante”. No es más que una elucubración sin soporte probatorio alguno, incidiendo que es a la demandada a quien corresponde acreditar que, en efecto, se procedió a dar a la paciente la referida explicación.

En el informe de la arteriografía no consta que el aneurisma tuviera las características que señala la perito en el plenario (dos vórtices y cuello ancho) ni que tuviera una morfología compleja. Preguntada el motivo por el que tales extremos no constan en el informe, indica que los cirujanos no tienen tiempo y que hacen los informes cada vez más cortos. Desde luego, la explicación es de todo punto insuficiente.

También dice que, si la paciente fue considerada como no hipertensa a su

ingreso y así se describió en la historia clínica, posiblemente fue por no haber sido estudiada previamente. De nuevo nos encontramos con elucubraciones sin soporte probatorio. Incluso indica que considera importante disponer de las imágenes para poder valorar la morfología concreta del aneurisma, esto es, si presentaba doble saco o vórtice y cuello grande, que suponen factores que aumentan el riesgo de sangrado de manera independiente. Por tanto, las conclusiones de su informe vienen basadas en entender que el aneurisma presentaba doble saco o vórtice y cuello grande sin haber visto las imágenes, y, por tanto, sin poder verificarlo.

En cuanto al informe del doctor _ , viene a sostener igualmente la procedencia del tratamiento, partiendo de consideraciones que, debe insistirse, no constan en ninguno de los informes aportados.

SEXTO. - De la cuantificación de la indemnización:

Comenzando con la indemnización que se solicita por lesiones temporales, deben hacerse unas consideraciones previas, por cuanto para determinar el alcance de las lesiones y cuantificar la indemnización pertinente, es la parte actora la que ha de asumir la carga de probar los hechos en los que fundamenta su pretensión (art. 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Además, ha de incidirse en el criterio médico-legal de determinación de lesiones temporales y permanentes, a los efectos de aplicar en el orden jurisdiccional civil el baremo previsto para víctimas de accidentes de circulación, que aquí se aplicaría analógicamente.

La delimitación entre lesión temporal y secuela, a los efectos médico-legales, viene determinada por la cronificación del daño, esto es, por la finalización de una evolución significativa desde un punto de vista terapéutico o curativo, de modo que dicha lesión pueda pasar a considerarse permanente y, en consecuencia, pueda calificarse como secuela. El periodo de baja médico-legal ha de venir determinado, primordialmente, por la existencia de un tratamiento médico de carácter terapéutico, dirigido a la sanación y ello con independencia de que, debido a la existencia de daños permanentes, puedan darse, con posterioridad, actuaciones dirigidas a paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Por tanto, el hecho de que el 23 de junio de 2023 le fuera notificada a la demandante la concesión de la discapacidad es irrelevante, a los efectos que nos ocupan, por cuanto a lo que hay que estar es a la fecha de estabilización de las lesiones, que, en nuestro caso, es la fecha de alta a domicilio el 25 de noviembre de 2022, resultando que el tratamiento con botox que se indicó con posterioridad venía dirigido a paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida de la paciente, pero sin que tuviera ninguna eficacia curativa.

En consecuencia, coincide esta juzgadora con las conclusiones de la doctora , y considerar que debe reconocérsele, en concepto de perjuicio personal particular por lesiones temporales, 178 días, siendo 7 de grado muy grave y 171 días de grado grave, lo que determina una indemnización por este concepto de 14.837,78 euros, según el baremo de 2022, fecha en la que se estabilizaron las lesiones.

SÉPTIMO. - En cuanto a las secuelas, se reclaman 60 puntos por hemiparesia izquierda grave espástica, siendo la horquilla de 41 a 60 puntos. El informe de la

demandada cifra la puntuación en 45 puntos, señalando que la puntuación máxima son cincuenta puntos, justificando que, para alcanzar dichos cincuenta puntos (que no sesenta), ello implicaría tener un balance de prácticamente 0 a 2 en todo el hemicerpo afectado.

No es controvertido, porque así consta en el informe de alta, que la paciente no ha conseguido actividad muscular en el miembro superior izquierdo, pero sí ha logrado movilidad voluntaria, tanto proximal como distalmente, del miembro inferior izquierdo, pudiendo mantener la bipedestación sin apoyo.

Si bien esto es cierto, también lo es que la paciente no puede andar, con lo que “mantener la bipedestación” resulta harto insuficiente. Por ello, y dado que no existe movilidad en el miembro superior izquierdo y muy limitada en el miembro inferior izquierdo, se considera pertinente acoger la petición de la demandante, esto es, 60 puntos.

Se reclaman 70 puntos por una secuela consistente en alteración del control postural en bipedestación grave (en una horquilla de 70 a 85 puntos).

Estamos en presencia de una secuela que el baremo define como “síndromes extrapiramidales/síndrome cereboso/ataxia”, que la demandante, y según el compromiso funcional, califica como grave. Pues bien, según la propia definición de la secuela, y en línea con lo declarado por la doctora - en el plenario, nada tiene que ver esta secuela con los padecimientos de la actora, por cuanto la misma viene referida a una alteración anatómica o funcional del cerebelo, que es la que provocaría alteraciones, a su vez, en el movimiento estático o dinámico de la paciente. No ha lugar, por tanto, a su estimación.

En cuanto a la paresia facial central izquierda, ha lugar a los diez puntos interesados. La doctora dice no apreciarla, pero consta en los informes médicos aportados, por lo que ha de estimarse pertinente.

En cuanto al trastorno cognitivo moderado, la demandante pide la puntuación máxima (50 puntos). Entiende esta Juzgadora adecuada tal puntuación, si tenemos en cuenta que la demandante no precisa “cierta” supervisión de alguna de las actividades de la vida diaria (apartado e), sino que es alguien completamente dependiente, por lo que la calificación del trastorno como “moderado”, pese a las graves afecciones, resulta harto ajustada.

Por último, en cuanto al “hombro doloroso”, no ha lugar a su acogimiento, al no haberse acreditado la relación de causalidad entre el ictus padecido y dicha secuela. La demandante ya padecía patología en el hombro, sin que el empeoramiento a que ha hecho alusión el perito de la demandante haya quedado debidamente probado, además de que la secuela no se contempla como agravamiento, sino como secuela inicial.

Aplicando la fórmula prevista en el artículo 98 de la Ley 35/2015, en caso de secuelas concurrentes, obtenemos 82 puntos, lo que arroja un importe de 218.104,15 €.

En lo concerniente al perjuicio estético, el artículo 102 de la Ley 35/2015 determina que la medición del perjuicio estético se realiza mediante la asignación de



una horquilla de puntuación a cada uno de los grados teniendo en cuenta, de modo particular, los factores siguientes:

- a) el grado de visibilidad ordinaria del perjuicio,
- b) la atracción a la mirada de los demás,
- c) la reacción emotiva que provoque y
- d) la posibilidad de que ocasione una alteración en la relación interpersonal del perjudicado.

El apartado b) del artículo 102.2 de la Ley entiende, por perjuicio estético muy importante, el que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior (el importantísimo), como el que produce la amputación de dos extremidades o la tetraplejía.

Entiende esta Juzgadora más ajustado considerar el perjuicio estético como importante, que es el que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que produce la amputación de alguna extremidad o la paraplejía. Está acreditado que la secuela que padece la demandante es menos gravosa que una paraplejía, por cuanto tiene afectada la movilidad del lado izquierdo del cuerpo, pero mantiene la movilidad de la extremidad superior e inferior del lado derecho, por lo que la puntuación que le asigna la doctora (27 puntos, en una horquilla de 22 a 30) debe ser acogida en esta resolución. Le correspondería una indemnización de 36.474,84 euros.

OCTAVO. - Se solicitan daños morales complementarios por perjuicio psicofísico. El artículo 105 de la Ley 35/2015 establece que se entienden ocasionados los daños morales complementarios por perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial cuando una sola secuela alcance al menos sesenta puntos o el resultado de las concurrentes, tras aplicar la fórmula prevista en el artículo 98, alcance al menos ochenta puntos. Las secuelas bilaterales recogidas en la tabla 2.A.1 constituyen una sola secuela a los efectos de este artículo.

La extensión e intensidad del perjuicio psicofísico, orgánico y sensorial y la edad del lesionado constituyen los dos parámetros fundamentales para su cuantificación, sin que pueda tenerse en cuenta la afectación en sus actividades. También se ponderan, en su caso, los dolores extraordinarios y las secuelas que no hayan sido valoradas por haberse alcanzado la puntuación de cien.

La lesionada tiene 65 años y no se han evidenciado dolores extraordinarios. Tampoco ha habido secuelas no valoradas por haberse alcanzado la puntuación de cien.

La horquilla va de los 21.062,60 euros a los 105.312,99 euros, reclamándose en la demanda la cantidad de 90.000 euros. Se considera más adecuado, ateniendo a los factores antes indicados, conceder una indemnización del 60% de la suma máxima, lo que conlleva un total de 42.125,19 euros.

En cuanto a los daños morales complementarios por perjuicio estético, el

artículo 106 de la Ley 35/2015 determina que se entienden ocasionados los daños morales complementarios por perjuicio estético cuando éste ha recibido una puntuación que alcance al menos 36 puntos. No siendo éste el caso, no ha lugar a apreciar los referidos daños morales complementarios por perjuicio estético.

Se reclama perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas muy graves.

El artículo 107 de la Ley 35/2015 determina que la indemnización por pérdida de calidad de vida tiene por objeto compensar el perjuicio moral particular que sufre la víctima por las secuelas que impiden o limitan su autonomía personal para realizar las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o su desarrollo personal mediante actividades específicas. A su vez, el artículo 108.2 de la Ley determina que el perjuicio muy grave es aquél en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria. Si tenemos en cuenta que a la demandante se le ha reconocido una discapacidad del 91%, entiende esta juzgadora pertinente entender que el perjuicio moral particular que sufre la víctima por las secuelas es muy grave. La demandada está de acuerdo con la indemnización interesada por este concepto, así como con la interesada por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados (artículo 110 de la Ley 35/2015). La indemnización total alcanza los 300.000 euros.

NOVENO. - Entrando con los perjuicios patrimoniales, se piden 8.000 euros por gastos previsibles de asistencia sanitaria futura hasta los 82 años, esto es, 104.000 euros.

Según el artículo 113.1 de la Ley 35/2015, los gastos de asistencia sanitaria futura compensan, respecto de las secuelas a que se refieren los apartados 2, 3 y 4 de este artículo, el valor económico de las prestaciones sanitarias en el ámbito hospitalario y ambulatorio que precise el lesionado de forma vitalicia después de que se produzca la estabilización de las lesiones y también aquellas prestaciones sanitarias que se produzcan en el ámbito domiciliario que, por su carácter especializado, no puedan ser prestadas con la ayuda de tercera persona prevista en los artículos 120 y siguientes.

Según el artículo 114.1 de la Ley 35/2015, los gastos de asistencia sanitaria futura serán abonados por las entidades aseguradoras a los servicios públicos de salud conforme a la legislación vigente y los convenios o acuerdos suscritos, dentro de los límites establecidos en la tabla 2.C.1 y el lesionado podrá recibir las prestaciones de asistencia sanitaria por parte de centros públicos o, por parte de centros sanitarios privados que hayan suscrito conciertos con los servicios públicos de salud, también conforme a lo estipulado en dicha legislación y convenios.

No ha lugar, por tanto, al resarcimiento interesado.

Se reclaman 6.963 euros anuales por rehabilitación domiciliaria y ambulatoria. Determina el artículo 116 de la Ley 35/2015 que se resarce directamente al lesionado el importe de los gastos de rehabilitación futura que, por el correspondiente informe médico, precise el lesionado en el ámbito domiciliario o ambulatorio respecto de las secuelas a que se refieren las letras a), b) y c) del apartado 3 del artículo 113, después de que se produzca la estabilización.



La necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de rehabilitación futura deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas.

El importe máximo resarcible es el fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos, esto es, 6.417,52 euros anuales. Hasta los 88 años, sería un total de 147.602,96 euros.

Se solicitan 100.000 euros por ayudas técnicas. Tal reclamación no puede atenderse, al disponer el artículo 117 de la Ley 35/2015 que se resarce directamente al lesionado el importe de las ayudas técnicas y los productos de apoyo para la autonomía personal que, por el correspondiente informe médico, precise el lesionado a lo largo de su vida por pérdida de autonomía personal muy grave o grave, con un importe máximo fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.

La necesidad, periodicidad y cuantía de las ayudas técnicas y de los productos de apoyo para la autonomía personal deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas. No habiéndose aportado informe médico que determine la necesidad, periodicidad y cuantía de las ayudas técnicas y de los productos de apoyo para la autonomía personal, no ha lugar a su estimación.

Se reclaman 150.000 euros por obras de adecuación de vivienda. Según el artículo 118.1 de la Ley 35/2015, se resarce el importe de las obras de adecuación de la vivienda a las necesidades de quien sufre una pérdida de autonomía personal muy grave o grave, incluyendo los medios técnicos, con el importe máximo fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.

Se aporta un presupuesto por importe de 120.202,61 euros, lo que ya es inferior al importe reclamado. Además, no se acredita el estado actual de la vivienda, por lo que no se puede saber si las obras que se enumeran en el presupuesto son o no necesarias. Ciertamente, en el informe de alta se indica que el baño está adaptado (y, lógicamente, no se puede entender que la demandante pueda reclamar el importe de unas obras que abonó antes de padecer el ictus). Tal falta de prueba ha de redundar en su perjuicio, al incumbirle acreditar cumplidamente qué obras son necesarias para adecuar la vivienda a sus necesidades, no bastando con un presupuesto.

Se reclaman 40.000 euros en concepto de incremento de los costes de movilidad.

Según el artículo 119 de la Ley 35/2015, el perjuicio patrimonial derivado del incremento de los costes de movilidad se resarce hasta el importe máximo fijado en la tabla 2.C para ese tipo de gastos, en función de los criterios siguientes:

- a) Grado de pérdida de autonomía personal del lesionado, en función de cómo le afecta a su movilidad.
- b) Posibilidad de adaptación del vehículo que utilice el lesionado o, en caso de que ello no sea posible, necesidad de adquisición de un vehículo nuevo adaptado que, dentro de la gama de ese tipo de vehículos, guarde una cierta proporción con el vehículo sustituido. En caso de sustitución se descontará el valor venal del vehículo sustituido.

c) Necesidad de futuras adaptaciones en función de la edad del lesionado y de la vida útil de las adaptaciones o del vehículo que, a estos efectos, se cifra en diez años.

d) Sobrecoste de desplazamiento del lesionado, en caso de no adaptación o no adquisición de vehículo, cuando por la pérdida de autonomía personal tenga graves dificultades para utilizar medios de transporte público para seguir desarrollando sus actividades habituales.

La demandada comparte este concepto, por lo que ha lugar a la reclamación de 40.000 euros.

Por último, se reclama la suma de 17.219 euros en concepto de ayuda de tercera persona, tres horas al día.

El artículo 120 de la Ley 35/2015 determina que la indemnización de los gastos de ayuda de tercera persona compensa el valor económico de las prestaciones no sanitarias que precisa el lesionado cuando resulta con secuelas que implican una pérdida de autonomía personal.

Pues bien, no es controvertido que la demandante ya es beneficiaria de una ayuda de tercera persona, dos horas al día, por lo que precisaría de una hora adicional, lo que determina que deba considerarse una indemnización de 959,44 euros.

Importe total: 800.104,36 euros (s.e.u.o.).

DÉCIMO. - De los intereses de demora

Tal y como señala la sentencia de la Ilma. Audiencia Provincial de Madrid, de 30 de septiembre de 2020, la jurisprudencia contencioso-administrativa admite que el presupuesto del que surge la responsabilidad civil de la aseguradora de la Administración es que esta, la Administración, sea declarada responsable en firme (y la civil acepta que en estos supuestos haya de atenderse a los criterios sentados en la jurisdicción contencioso-administrativa). Mientras no exista esa declaración o reconocimiento de responsabilidad, no viene la aseguradora obligada a indemnizar, lo que significa que su negativa al pago estaría amparada por causa justificada (regla 8ª del citado artículo 20) y no procedería la condena al pago de los intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

La STS, Sala de lo Contencioso, número 1475/2018, de 5 de octubre señala al respecto:

"Claro exponente de esa jurisprudencia, además de la expresamente citada y transcrita por la Sala de instancia, es la sentencia de 26 de junio de 2012, dictada en el recurso de casación 2724/2011, en la que se hace eco de la misma y concluye en términos similares a lo ya declarado en la sentencia recurrida. Máxime si tenemos en cuenta que, con relación a dicha doctrina, en el caso de autos, la fecha a considerar no es la de producción del hecho lesivo que genera la responsabilidad patrimonial declarada por la misma Administración, sino desde que se hace esa declaración de responsabilidad, que no lo es sino hasta la resolución administrativa impugnada,



respecto de la cual no cabe apreciar demora alguna".

" [...] la obligación del pago no surge hasta la fecha en que se declara la responsabilidad de la Administración, con el carácter de firme [...]"

" [...] no es sino desde dicha firmeza cuando podrían reclamarse esos intereses moratorios".

Por su parte, la STS, Sala Primera, número 579/2019, de 5 de noviembre declara:

" [...] la sentencia de Pleno núm. 321/2019, de 5 de junio, que afirma que si:

"la aseguradora no puede quedar obligada más allá de la obligación del asegurado, así como que la jurisdicción contencioso- administrativa es la única competente para condenar a la Administración, mientras que la jurisdicción civil sólo conoce de su responsabilidad y consecuencias a efectos prejudiciales en el proceso civil".

" [...] ante la reclamación en vía administrativa, consiste en el obligado expediente previo administrativo seguido solo contra la Administración, de cuya responsabilidad es garante la aseguradora.

"De ahí, que el ordenado asegurador no pudiese satisfacer u ofrecer la indemnización por el siniestro, sin conocer si la Administración reclamada lo admitía y la indemnización fijada.

"Solo tenía ante sí unas expectativas. Hasta el punto que la Sala Tercera del Tribunal Supremo (sentencia núm. 1475/2018, de 5 de octubre, con cita de la sentencia de 26 de junio de 2012), como afirma la sentencia recurrida, no entiende demora alguna antes de la resolución administrativa."

En el caso de autos no existe previa declaración de responsabilidad de la Administración por los hechos de autos. De ahí que, siendo este proceso la primera vez que hay un pronunciamiento sobre la responsabilidad de la Administración sanitaria por los hechos de autos, la aseguradora demandada solo viene obligada al pago de la indemnización con la firmeza de la resolución.

En consecuencia, una vez firme esta sentencia, la demandada vendrá obligada al pago de intereses desde la fecha de la misma, y tales intereses son los del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro: interés legal incrementado en un cincuenta por ciento desde la fecha de la sentencia de primera instancia y un 20% desde que se cumplan dos años de dicha fecha.

UNDÉCIMO. - No se hace especial pronunciamiento en materia de costas procesales, ex artículo 394.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación y administrando Justicia en virtud de la autoridad conferida por la Constitución española



en nombre de S.M. el Rey,

FALLO

Que, estimando parcialmente la demanda formulada por DÑA
representada por el/la Procurador/a de los Tribunales
DÑA PALOMA SOLERA LAMA y asistida del Letrado/a D. ÁLVARO SARDINERO
GARCÍA, contra representada por la
Procuradora de los Tribunales DÑA ELENA RUEDA SANZ y asistida del Letrado/a
DÑA MARÍA JESÚS HERNANDO GONZÁLEZ, debo CONDENAR y CONDENO a
la demandada a abonar a la actora la suma de 800.104,36 euros, más intereses del
artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde la fecha de esta sentencia, y sin hacer
expreso pronunciamiento en materia de costas procesales.

Contra la presente resolución cabe interponer recurso de APELACIÓN en el
plazo de VEINTE DIAS, ante este Juzgado, para su resolución (artículos 458 y
siguientes de la L.E.Civil), previa constitución de un depósito de 50 euros, en la cuenta
2545-0000-04-0701-24 de este Órgano.

Si las cantidades van a ser ingresadas por transferencia bancaria, deberá
ingresarlas en la cuenta número IBAN ES55 0049 3569 9200 0500 1274, indicando en
el campo beneficiario Juzgado de 1ª Instancia nº 51 de Madrid, y en el campo
observaciones o concepto se consignarán los siguientes dígitos 2545-0000-04-0701-24

Así por esta sentencia lo pronuncio, mando y firmo.

El/la Juez/Magistrado/a Juez

Álvaro Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Silvela, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60

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.



Madrid





Administración
de Justicia

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
mediante el siguiente código seguro de verificación: 0925887521379197936704



Madrid

Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia Proc. Ordinario firmado electrónicamente por MARÍA LUISA GARCÍA MORENO