

**JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 44 DE MADRID**

Calle del Poeta Joan Maragall, 66 , Planta 6 - 28020

Tfno: 914932857

Fax: 914932859

42020310

NIG: 28.079.00.2-2020/0218614

**Procedimiento: Procedimiento Ordinario 4/2021**

**Demandante:** [REDACTED]

PROCURADOR D./Dña. IGNACIO MELCHOR ORUÑA

**Demandado:** MAPFRE EMPRESAS COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS SA

PROCURADOR D./Dña. FEDERICO RUIPEREZ PALOMINO

**SENTENCIA Nº 190/2021**

**JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ:** D./Dña. Mª JOSE LORENA OCHOA VIZCAINO

**Lugar:** Madrid

**Fecha:** diecisiete de junio de dos mil veintiuno

**SENTENCIA**

En Madrid a diecisiete de junio de dos mil veintiuno.

Doña Lorena Ochoa Vizcaíno, Magistrada del Juzgado de Primera Instancia nº 44 de Madrid, ha visto los presentes autos de Juicio Ordinario nº 4/21, sobre reclamación de cantidad, promovidos por la Procurador de los Tribunales Don Ignacio Melchor de Oruña en nombre y representación de [REDACTED], contra la entidad “Mapfre Empresas Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.” representada por el Procurador Don Federico Ruipérez Palomino.

**HECHOS**

PRIMERO- Por el Procurador de los Tribunales Sr. Melchor de Oruña en la representación que tiene acreditada, se formuló demanda de Juicio Ordinario, sobre reclamación de cantidad, contra la entidad demandada en el encabezamiento expresada, que por turno de reparto correspondió a este Juzgado.



SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda se acordó emplazar a la demandada, compareciendo y contestando en el plazo concedido al efecto oponiéndose a la demanda, con base en los hechos y razonamientos jurídicos que estimó oportunos.

TERCERO.- Citadas las partes a la Audiencia prevenida en la Ley, la misma tuvo lugar en el día señalado, con asistencia de las partes, ratificando la actora su demanda y la demandada su contestación e interesado el recibimiento a prueba, así se acordó, proponiéndose las consideradas oportunas, admitiéndose las pertinentes.

CUARTO.- Celebrado el juicio correspondiente se practicaron las pruebas admitidas con el resultado que obra en autos, formulando las partes sus conclusiones respecto de las pruebas practicadas, quedando los autos conclusos para sentencia, habiéndose observado en su tramitación las prescripciones legales.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Ejercita la parte actora en el presente procedimiento, una acción de reclamación de cantidad, por responsabilidad médica con fundamento en la Ley 35/15 de 22 de septiembre, los artículos 1.088 y siguientes del CC y 20 de la LCS 50/80 de 8 de octubre, interesando que se condene a la demandada a abonarle la cantidad de 60.587,39€, más los intereses referidos en el artículo 20LCS, desde la fecha del siniestro (3/10/2020).

Como fundamento de su pretensión alega la actora que reclama por la defectuosa asistencia sanitaria prestada a la [REDACTED], por parte de la Clínica Santa Elena y de la ginecóloga Dra. Mailen Rey Zaila, ejerciéndose acción directa ex art. 76 LCS contra la compañía de seguros de la misma, demandada.

Precisa que la defectuosa asistencia sanitaria se refiere al error en el tratamiento realizado y prescrito en fecha 1/10/2020, ante el diagnóstico correcto de embarazo ectópico, consistente en adoptar una actitud expectante, en lugar de tratamiento conservador médico con metotrexate.



La consecuencia fue que el embarazo ectópico se accidentó y hubo que extirpar trompa y ovario, poniendo en grave riesgo su vida

Para justificar lo anterior se aporta informe pericial del especialista, Dr. José María Muñoz Conde, quien ha examinado toda la historia clínica de la paciente. El conocimiento del contenido y características de estos documentos es muy relevante porque se supone que todo lo sucedido con relación a la asistencia sanitaria de una persona, debe estar reflejado en la historia clínica. Precisa también que todas las conclusiones y valoraciones médicas sobre la asistencia médica seguida con la actora, que pretenden demostrar la mala praxis seguida durante la misma, y que se contienen en el informe pericial aportado, están basados exclusivamente en nivel de evidencia científica y grado de recomendación elevada, es decir, con consenso por la mayor parte de la Comunidad Científica y ensayos clínicos de muy alta calidad, cuya clasificación suele venir recogida en todos los protocolos o guías clínicas, que también se aportan, los cuales al ser elaborados por sociedades científicas sólo se basan en las mejores y mayores evidencias científicas. Además las valoraciones se realizan sin tener en cuenta lo sucedido posteriormente, es decir, sin incurrir en acción de regreso, sino exclusivamente valorando la conducta seguida en función de los datos que existían en cada momento, y de las Guías Clínicas de evidencia científica.

En cuanto a la asistencia sanitaria defectuosa que se imputa, a las 19:09h del 1/10/2020 acude la [REDACTED] a la Clínica Santa Elena por metrorragia, consistente en haber “comenzado a manchar desde el día 19/9/2020 a raíz de que le tocara la regla, y a los cuatro días bajó más fuerte, manchando desde entonces, pareciéndose raro el modo en que ha tenido la regla, habiendo tenido relaciones sexuales sin protección”.

Durante la exploración, se aprecia dolor a la movilización cervical, y en la ecografía realizada, se detecta una imagen paranexial izquierda de 25x29mm, sugerente de embarazo ectópico tubárico izquierdo; a lo que se une test de gestación positivo y BHCG de 500.

Se diagnostica probable embarazo ectópico tubárico izquierdo no complicado y aborto tubárico? (la interrogación es del informe). Como tratamiento en urgencias, se decide que no precisa, indicando que si tiene hemorragia o dolor que no controla con la analgesia, que acuda a urgencias; en caso contrario, se programa control para BHCG en 48 horas.

Según la Guía Clínica de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) sobre embarazo ectópico, el tratamiento conservador con la intención de mantener la capacidad reproductora de la trompa, puede ser “quirúrgico” (salpingostomía), con evacuación del trofoblasto ectópico



conservando la trompa afecta, y “médico”, administrando metotrexate.

Respecto a la conducta expectante, - seguida en este caso, - se dice que es **POCO EFICAZ Y NO HA DEMOSTRADO NINGÚN BENEFICIO EN CUANTO A RESULTADOS POSTERIORES**, así como que prácticamente sólo puede utilizarse en unidades de reproducción asistida y en general, en centros donde se practique un diagnóstico muy precoz de la gestación. Por consiguiente, a efectos de la terminología empleada, no debemos confundir entre tratamiento conservador y tratamiento expectante, ya que la palabra conservador puede inducir a error.

Se concluye que la cirugía laparoscópica sigue siendo la primera opción terapéutica en el embarazo ectópico tubárico, pudiendo ante un diagnóstico muy precoz, emplear tratamiento médico conservador con metotrexate, pero jamás se habla de actitud expectante. La decisión médica con la [REDACTED], fue la actitud expectante, que a la vista de las Guías Clínicas en la materia, parece ser algo desfasado, y prácticamente residual, por lo que la asistencia sanitaria debe reputarse de contraria a la *lex artis*.

A mayor abundamiento, - y sin nunca olvidar que la Guía considera la actitud expectante es poco eficaz y sin ningún beneficio, inclinándose por el tratamiento conservador, bien sea quirúrgica o médico, - tampoco se cumplían los requisitos para la actitud expectante. La paciente no estaba asintomática; de hecho, por ese motivo acudió a urgencias, lo que motivó la realización de la exploración, ecografía, test de gestación y analítica para BHCG, con dolor a la movilización. Además, tampoco se firmó consentimiento informado para que eligiera entre las diferentes opciones. En cambio, se cumplían los criterios para el tratamiento conservador, fuera de carácter quirúrgico, o médico con metotrexate.

A las 48 horas, con fecha 3/10/2019 acude al control de BHCG para la que había sido citada en la asistencia anterior, detectando mediante ecografía una imagen paranaxial izquierda de 25 mm, sugerente de embarazo ectópico tubárico izquierdo, desestructurado y con hematoma alrededor que formaba un conglomerado de 59x38mm, diagnosticando un embarazo ectópico izquierdo accidentado. Consecuencia de este diagnóstico, y para salvar la vida a la paciente, se realiza urgentemente laparoscopia en la que se evidencia ectópico roto de 6-7 cms con cuadro de adherencia que englobaba a la trompa y al ovario, haciendo preciso realizar anexectomía izquierda, es decir, extirpar trompa y ovario.

Concluye el perito que: la paciente acudió a la Clínica Santa Elena, siendo diagnosticada de embarazo ectópico, y decidiendo una actitud expectante. La actitud expectante ante un embarazo ectópico, es poco eficaz y no ha



demostrado ningún beneficio en cuanto a resultados posteriores. La cirugía laparoscópica sigue siendo la primera opción terapéutica en el embarazo ectópico tubárico, pudiendo ante un diagnóstico muy precoz, emplear tratamiento médico conservador con metrotexate, pero no actitud expectante. No se cumplían los requisitos para una actitud expectante; en cambio, sí se cumplían los requisitos para un tratamiento conservador, bien fuera médico con metrotexate, o quirúrgico mediante laparoscopia (salpingostomía). A las 48 horas, se detectó un embarazo ectópico accidentado, que acabó en la pérdida de una trompa y ovario izquierdos.

Con respecto a la valoración de daño, se realiza conforme al Baremo introducido a través de la Ley 35/2015 de 22 de Septiembre. Ginecológicamente hablando, por un lado se encuentra el útero, y por otro lado, el denominado anejo, el cual está compuesto a su vez de trompa de falopio y ovario.

Leyendo el baremo, se comprueba que no está valorado ni el anejo completo, ni la trompa, sino sólo los ovarios y el útero. Por tanto, el baremo presenta dificultades para hacer una valoración precisa, por lo que será imprescindible realizarlo por analogía. Lo más parecido es el ovario por pertenecer, junto a la trompa de falopio, al mismo anejo. Ahora bien, no se valora expresamente la trompa de Falopio. Por este motivo, se equipara a pérdida de un ovario antes de la menopausia, cuyo umbral se encuentra entre 20 y 25 puntos, pero valorando en su umbral máximo, por haber sido también extirpada la trompa, no incluida expresamente en este concepto. Se valora en 25 puntos. Se aplica la Tabla 2 A 2 de Baremo Económico (art. 38 ley 35/2015) para sus 30 años de edad y 25 puntos de secuelas: Resultan así por secuelas físicas 36757,25 €.

Calculado de forma independiente, se incluye un perjuicio estético ligero puntuado entre 1 y 6 puntos, que se valora en 3 puntos, consecuencia de la cicatriz suprapúbica producida en la laparoscopia. Resultan por secuelas estéticas, 2593,46€.

Además el perjuicio personal particular básico es de 39.350,71€. Respecto del perjuicio personal particular por pérdida de calidad de vida con el objeto de 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 su vida ordinaria o de desarrollo personal mediante actividades específicas, resulta aplicable el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas, de carácter leve, al definirse el mismo como el de aquel lesionado con secuelas de más de 6 puntos que pierde la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia para su desarrollo personal. El umbral se



sitúa entre 1500€ y 15000€, reclamando en la mitad, es decir, 8250€. Aquí cabe aplicar el perjuicio excepcional que permite incrementarlo en hasta un 25%, habida cuenta, como las circunstancias concurrentes en su producción consistentes en una asistencia sanitaria y no un accidente de tráfico u otro accidente más o menos fortuito. En esta línea, con el anterior baremo la Audiencia Provincial de Madrid en unidad de doctrina se había decantado por aplicar este incremento en estas circunstancias. Se reclama por ello el 25% del perjuicio personal básico, es decir, 9837,68€, en concepto de perjuicio excepcional. El perjuicio personal particular es de 18087,68€. Finalmente no resulta aplicable el perjuicio patrimonial.

En cuanto a la indemnización por las lesiones temporales, se valoran los tres días que estuvo ingresada en el Hospital para la intervención quirúrgica por laparoscopia de anexectomía izquierda, que fue la intervención quirúrgica para extirparle la trompa y ovario, y salvarle la vida. Según las pautas del artículo 138, los tres días de ingreso son graves, y los días limitados para ciertas actividades como implica una incapacidad temporal, de carácter moderado.

- 3 días de pérdida temporal de calidad de vida grave, a razón de 75€. En total, 75€ x 3 días= 225€.
- 37 días de pérdida temporal de calidad de vida de carácter moderado, a razón de 52€, habiendo permanecido en situación de incapacidad temporal. En total 52€ x 37 días= 1924€.

Y además se valora la intervención quirúrgica que el Baremo sitúa entre 400€ y 1600€, en la mitad del umbral y se reclaman 1000€.

El total de indemnización por lesiones temporales es de 3149€ y la suma total por todos los conceptos es de 60.587,39€.

SEGUNDO.- A tal pretensión se ha opuesto la parte demandada quien precisa respecto de los hechos que: [REDACTED], de 30 años de edad, y cuyos antecedentes médicos son los siguientes: 2 interrupciones voluntarias del embarazo previas .

Acudió a la clínica Santa Elena el día 1 de octubre de 2020, por manchado coincidiendo con menstruación y posterior sangrado no habitual habiendo tenido relaciones sexuales sin protección. No presentaba dolores abdominales ni ningún otro síntoma. Se le realizó una exploración vaginal en la que se apreciaron restos hemáticos y en la ecografía que se le realizó se evidenció TROMPA IZQUIERDA con sospecha de aborto tubárico con escasa cantidad de líquido libre en Douglas.





El test de embarazo era positivo y se le realizó analítica on beta HCG incluida (500) y resto normal. Con este diagnóstico se citó a la paciente en 48 horas para control y confirmar el diagnóstico se le recomendó paracetamol y volver en dos días para control de BETA HCG para confirmar el aborto tubárico. No estamos pues ante lo que la contraparte califica como actitud expectante simplemente se citó para confirmar diagnóstico y control en 48 horas. El día 3, ES DECIR TAN SOLO 48 HORAS DESPUES seguía asintomática y se le realizó control de hormona que había aumentado a 662 y en eco transvaginal se observó en ovario izquierdo imagen paraanexial de 25 mm sugerente ectópico tubárico desestructurado y con hematoma alrededor y escasa cantidad de líquido en Douglas. Se decidió laparoscopia por embarazo ectópico accidentado y se informó por escrito a la paciente que firmó el correspondiente documento de Consentimiento Informado.

En dicho documento se le informaba de la posibilidad de realizar salpingostomía o salpinguectomía según se observara durante la operación. El consentimiento fue el correcto y el más utilizado. Se realizó salpinguectomía izquierda tal y como consta en la hoja de anestesia. En la cirugía se evidenció embarazo ectópico roto de 6-7 cms con cuadro adherencial que englobaba a trompa y ovario izquierdo y adherencias a pared abdominal no siendo posible extraer la trompa y dejar ovario siendo necesaria la anexectomía . Fue dada de alta el día 5 sin complicaciones postcirugía. Tal y como le fue explicado a la paciente no fue posible la apertura o extirpación única de la trompa por las adherencias existentes entre la trompa y el ovario y con la pared abdominal por lo que se vió obligada a extraer tanto la trompa como el ovario.

Sobre la praxis médica se anunció informe pericial de praxis elaborado por médico ginecólogo especialista Doña Gloria Gálvez Bueno, que fue aportado posteriormente en el que se concluye que la atención médica dispensada a la paciente en la Clínica Santa Elena fue conforme a lo requerido por el cuadro presentado por la paciente y, por tanto, ajustada a la Lex Artis. Indica así que la paciente acudió a Urgencias el 1/10/2020 por metrorragia sin amenorrea. El diagnóstico fue de probable embarazo ectópico izquierdo (no era un diagnóstico de certeza) o aborto tubárico, sin repercusión clínica en la paciente.

Se actuó correctamente indicando tratamiento expectante y control evolutivo en 48 horas, pues la paciente estaba asintomática y cumplía los requisitos de la SEGO. Para confirmar a ciencia cierta que el embarazo no es intrauterino hay que confirmar que el útero está vacío (ausencia de saco



gestacional intraútero) con cifras superiores de BHCG a 1000-1500 UI/l, o bien con BHCG seriadas en dos ocasiones.

En esta paciente no estaba indicada la administración de Metrotexate. Si pautamos metrotexato precozmente, podemos cometer un gravísimo error irreversible al provocar un aborto de un posible embarazo intrauterino normo evolutivo (en su sitio), que no se ve en la ecografía porque se desarrolla más lento o porque el embarazo es más tardío.

La administración de Methotrexate tiene que realizarse solo y exclusivamente, en los casos con diagnóstico de certeza de embarazo ectópico, no de sospecha, ya que si el embarazo es intrauterino (normal) y precoz (no visible por ecografía), una vez administrado el Methotrexate se produce el aborto provocado en el 100% de los casos. Por lo que este tratamiento hay que utilizarlo solo, cuando existe la seguridad absoluta de que el embarazo no es intrauterino. Y para eso, es necesario tener analítica sanguínea de BHCG (fracción beta de la gonadotropina coriónica humana) seriada.

La paciente precisó de una anexectomía izquierda (extirpación de la trompa por el embarazo ectópico y del ovario por el cuadro adherencial que presentaba la paciente). El cuadro adherencial era anterior al embarazo ectópico actual. Siendo el cuadro adherencial la causa del embarazo ectópico y no la consecuencia.

En definitiva, de los hechos descritos y de la historia clínica que se acompaña de contrario resulta que la actuación practicada es acorde a la *lex artis ad hoc.*, por cuanto fue imposible extraer el embarazo ectópico sin extraer el ovario por las adherencias que tenía.

Por último y en cuanto a la cuantía que se reclama de contrario igualmente manifiesta su disconformidad, por excesiva y arbitraria, así en cuanto a la puntuación por pérdida de ovario y trompa habría que minorar por tener la trompa y ovario contralateral sanos, lo que hace que no se pierda la función hormonal y reproductiva. En cuanto a la cantidad que se pide por la operación, es improcedente por cuanto iba a tener que someterse a una intervención quirúrgica. Igualmente ocurre con lo relativo a la cantidad que se pide por perjuicio estético, ya que es el que de todas maneras hubiera tenido al someterse a la intervención que de todo punto era necesaria, y además y como puede comprobarse por las fotografías la incisión es mínima. El tiempo de curación es el mismo en cualquier caso que el necesario para la cirugía de la trompa, por lo que es improcedente la cantidad de 18087,68 euros en concepto de perjuicio personal particular.





Igualmente improcedentes SON las cantidades de 225 euros correspondientes a los días de hospitalización que hubieran sido los mismos en cirugía de la trompa y la cantidad de 1924 euros correspondientes a los días de pérdida de calidad de vida de carácter moderado por el mismo motivo.

Se anunció informe de valoración de daño corporal, que se aportó posteriormente, elaborado por Doña Teresa Carmenado Martín, especialista en valoración del daño corporal, en que concluye que con base a las conclusiones del informe emitido por especialistas en Ginecología Dres. Gálvez y Marcos, no procede realizar valoración del daño por no evidenciarse datos de mala praxis en la asistencia prestada a la paciente. No obstante en base a las conclusiones del informe aportado con la demanda emitido por Dr. Muñoz Conde, la valoración del daño efectuada por el letrado de la paciente sería incorrecta. De estimarse parcialmente el daño reclamado según las conclusiones del informe aportado con la demanda, se considera la siguiente valoración según Ley 35/15: SECUELAS: 16 puntos por secuela funcional (aplicación de reducción de un 20% sobre 20 puntos) y 3 puntos por perjuicio estético ligero. TEMPORALES: 2 días de perjuicio temporal grave de hospitalización (3 al 5-10-20) y perjuicio por cirugía grupo V (con reducción en un 20% de la cuantía para dichos perjuicios por la posibilidad de fracaso del tratamiento médico).

Precisa que el daño que se reclama por secuela de pérdida de trompa/ovario es el que correspondería a un estado previo sano sin antecedentes ginecológicos y con resultado secundario en exclusiva a la actuación médica, como si se tratara de un accidente de tráfico, no siendo éste el caso. Se trata de una actuación médica en una paciente con una patología generadora del riesgo que posteriormente se produjo: primero por patología adherencial y dos abortos previos, ambas causas de embarazo ectópico, y segundo por necesitar un tratamiento ya fuera médico o quirúrgico con posibilidad de complicaciones y de fracaso del tratamiento. Aun no procediendo estimar la pérdida de la trompa/ovario según las conclusiones del informe de los Drs. Gálvez y Marcos, de considerarse dicha secuela sería parcialmente con una reducción en la puntuación de entre un 10% y un 30% por la posibilidad de fracaso en ese porcentaje con tratamiento médico según informe del Dr. Muñoz Conde.

Respecto al perjuicio por pérdida de calidad de vida no procede en este caso por no limitar ni impedir la secuela residual, la realización de actividades de desarrollo personal ni las actividades esenciales de forma permanente.



Respecto a las lesiones temporales, el periodo de curación estimado por aborto quirúrgico no difiere del que hubiera necesitado con tratamiento médico ya que el seguimiento hormonal tras tratamiento médico con methotrexate es de 35 días, siendo el tiempo estándar de baja laboral por embarazo tubárico de 30 días según la guía de incapacidad temporal publicada por el INSS.

Finalmente se opone a la condena al abono de los intereses del artículo 20LCS que se reclaman de contrario, desde la fecha del siniestro, siendo la primera reclamación de la actora el 10-2-2021, en que le da traslado de la demanda. Además a la aseguradora no le es posible disponer de la historia clínica de la paciente y no puede determinar por perito si existe o no un siniestro hasta ahora.

TERCERO.- En esta materia ha de tenerse en consideración que, como entre muchas señalan las SSTS 23-12-02, 29-7-08 o 4-12-07), es doctrina jurisprudencial que la obligación contractual o extracontractual del médico y en general, del profesional sanitario, no es la de obtener en todo caso la recuperación o sanidad del enfermo, no siendo la suya una obligación de resultado, sino proporcionarle todos los cuidados que, según el estado de la ciencia sean adecuados, ante la realidad de que los facultativos no pueden asegurar la salud, sino procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser algo de que se pueda disponer y otorgar, así como que en la conducta de los profesionales sanitarios queda descartada toda responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, admitida por el Tribunal Supremo para daños de otro origen. Es por ello a cargo del paciente la prueba de la culpa o negligencia correspondiente, en el sentido de dejar plenamente acreditado en el proceso, que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo (lex artis ad hoc).

Igualmente tiene declarado el Tribunal Supremo que la anterior doctrina sobre la carga de la prueba se excepciona en aquellos casos en que por circunstancias especiales acreditadas o probadas por la instancia, el daño del paciente es desproporcionado o enorme o la falta de diligencia e, incluso la obstrucción o falta de cooperación del médico ha quedado constatada e igualmente se da la situación de facilidad o disponibilidad probatoria, por su libertad al acceso de los medios de prueba. Así afirma la SSTS 2-12-96, que “no se excluye la presunción desfavorable que pueda generar un mal resultado, cuando éste por su desproporción con lo que es usual comparativamente, según las reglas de la experiencia y el sentido común, revele inductivamente la penuria negligente de los medios



empleados, según el estado de la ciencia y el descuido en su conveniente y temporánea utilización”.

Se ha definido la "*lex artis ad hoc*" como la obligación del facultativo de utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a su disposición en el lugar donde se produce el tratamiento. Ello en consideración al caso concreto en que se produce la intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional. Se ha de tener en cuenta las especiales características del autor del acto médico, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital de la paciente y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos, para calificar dicho acto como conforme o no a la técnica normal requerida. Pero, en cualquier caso, dada la útil trascendencia que en muchas ocasiones reviste para el enfermo la intervención médica, debe ser, al menos, la diligencia que el derecho sajón califica como propia de las obligaciones de mayor esfuerzo. No puede partirse de una presunción de negligencia, y no se podrá declarar la misma, sino en los casos en que conste suficientemente probada la negligencia con que actuó el facultativo al aplicar las reglas de la *lex artis*. La responsabilidad médica sólo llegará hasta donde el curso causal pueda ser dirigido y dominado por la voluntad, o sea el descuido o la negligencia, imprudencia e impericia, en los que también tienen participación los hechos de la enferma e incluso las reacciones del organismo de la paciente que dan lugar a sucesos o resultados fortuitos en los que habrá interrupción del nexo causal.

Tal y como señala la SAP de Barcelona 252/14 de 22 de mayo según dicha doctrina señala que;” es verdad que, según tiene declarado el Tribunal Supremo, es el principio culpabilístico inherente a la negligencia in eligendo o in vigilando respecto de sus dependientes el que constituye el fundamento de la responsabilidad del titular de un centro sanitario. Sin embargo, reiterada jurisprudencia ha venido manteniendo también que la efectividad del derecho al resarcimiento del perjudicado y el efecto indirecto de prevención propios del derecho de daños, exigen una modulación del elemento subjetivo de la culpa, especialmente en aquellos casos en los que en el ámbito sanitario se produce un resultado "desproporcionado" que habitualmente es consecuencia de una conducta negligente; supuestos en que, en virtud del principio de facilidad y proximidad probatoria, está obligado el responsable del servicio a acreditar las circunstancias en que se generó el daño no previsto, ofreciendo una coherente y satisfactoria explicación. De manera que, en ausencia de tal explicación y consiguiente prueba de las circunstancias en que se produjo



el resultado lesivo, cabrá deducir la negligencia ( SSTS de 16 y 30 de abril , 23 de mayo y 8 de noviembre de 2007 ; 10 de junio y 23 de octubre de 2008 (RJ 2008, 5789) ; 6 de febrero , 30 de junio (RJ 2009, 6460) y 18 de diciembre de 2009 ; 22 de septiembre y 25 de noviembre de 2010 ; 27 de diciembre de 2011 (RJ 2012, 166) ; 30 de marzo de 2012 y 19 de julio de 2013 (RJ 2013, 5004) ). Doctrina que, como razona la STS de 5 de enero de 2007 (RJ 2007, 552) , no comporta sino "el reconocimiento de que la forma de producción de determinados hechos es susceptible de evidenciar en principio, con sujeción a reglas de experiencia, la concurrencia de la falta de medidas de diligencia, prevención y precaución exigible según las circunstancias (...), sólo susceptible de ser refutada por parte de quien tiene en sus manos el dominio de la actividad y la proximidad y disposición de los instrumentos aptos para justificar lo ocurrido". La propia STS de 5 de enero de 2007 recuerda que la expuesta doctrina ha sido especialmente aplicada para apreciar la responsabilidad de los servicios médicos por infecciones contraídas por el paciente con motivo de una intervención quirúrgica ( SSTS de 26 de mayo de 1997 (RJ 1997, 4242) , 1 de julio de 1997 , 21 de julio de 1997 , 9 de diciembre de 1998 (RJ 1998, 9427) , 20 de noviembre de 2000 , 9 de septiembre de 2003 , 18 de marzo y 17 de noviembre de 2004 (RJ 2004, 7238) , 23 de junio de 2005 (RJ 2005, 4931) ). En palabras de la STS de 19 de octubre de 2007 (RJ 2007, 7309) , la "legítima expectativa de seguridad inherente a la realización de una intervención quirúrgica en un centro hospitalario" obliga a su titular -a quien correspondía instrumentar las medidas profilácticas adecuadas para evitar la contaminación- a responder de las consecuencias de las infecciones contraídas por quienes acuden al mismo, en tanto no concurra "algún factor de excepción" bien por existir una asunción del riesgo por parte del perjudicado que destruya la imputación objetiva (es el caso de los riesgos inherentes a la propia naturaleza del servicio y de los llamados "del progreso" por la imposibilidad de un completo conocimiento de los efectos de nuevos tratamientos científicamente comprobados), bien por derivar el daño de una causa imprevisible e inevitable ajena al funcionamiento del servicio.

Desde otro punto de vista, también confirma la STS de 5 de enero de 2007, la aplicabilidad de la normativa específica de protección de los consumidores y usuarios a los aspectos funcionales u organizativos de los servicios sanitarios ( SSTS de 5 de febrero de 2001 , 26 de marzo y 17 de noviembre de 2004 (RJ 2004, 7238) , 5 de enero y 26 de abril de 2007 y 4 de noviembre de 2010 (RJ 2010, 7988) ), recordando (1) que el artículo 26 de la LCU (RCL 1984, 1906) establece la responsabilidad de los productores o suministradores de servicios por los daños y perjuicios



ocasionados "a menos que conste o se acredite que se han cumplido debidamente las exigencias y requisitos reglamentariamente establecidos y los demás cuidados y diligencias que exige la naturaleza del producto, servicio o actividad" (actual [art. 147 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre \(RCL 2007, 2164 y RCL 2008, 372\)](#)), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias ) y, (2) que el artículo 28 de la propia norma vincula la responsabilidad derivada de los daños originados en el correcto uso y consumo de bienes y servicios con el hecho de que "por su propia naturaleza, o por estar así reglamentariamente establecido, incluyan necesariamente la garantía de niveles determinados de pureza, eficacia o seguridad, en condiciones objetivas de determinación, y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad, hasta llegar en debidas condiciones al consumidor o usuario", régimen este último al que ya de forma expresa somete "en todo caso" el vigente [artículo 148 del Real Decreto Legislativo 1/2007](#) a "los servicios sanitarios".

Razona al efecto la repetida [STS de 5 de enero de 2007 \(RJ 2007, 552\)](#) que "El principio culpabilístico en torno al que se articula la responsabilidad extracontractual en el [CC \(LEG 1889, 27\)](#), no se opone (...) a un criterio de imputación que se funda en la falta de diligencia o de medidas de prevención o de precaución que, al hilo de la normativa específica de protección de los consumidores, debe entenderse ínsita objetivamente en el funcionamiento de un servicio cuando éste se produce de forma diferente a lo que hay derecho y cabe esperar de él en tanto no concurren circunstancias exógenas aptas para destruir este criterio de imputación, anteponiendo las legítimas expectativas de seguridad del servicio a la valoración de la conducta del empresario" (en el mismo sentido, [SSTS de 1 de julio de 1997 \(RJ 1997, 5471\)](#), [9 de junio de 1998 \(RJ 1998, 3717\)](#), [26 de noviembre de 1999](#), [5 de febrero de 2001 \(RJ 2001, 541\)](#), [18 y 26 de marzo de 2004 \(RJ 2004, 1668\)](#), [4 de junio de 2009](#), [3 de julio de 2013](#) ).

Teniendo en cuenta que la constatación de haberse producido una "deficiencia asistencial" exime al paciente de la prueba de la concreta fase de la atención médica donde se produjo la anomalía ( [SSTS de 5 de enero \(RJ 2007, 552\)](#), [23 de mayo](#), [12 de septiembre](#) y [19 de octubre de 2007](#), [14 de mayo de 2008](#) y [30 de marzo de 2012 \(RJ 2012, 4529\)](#) ), no cabe concluir agotada la obligación del centro hospitalario aquí demandado.

Por otra parte señala la Jurisprudencia (SSTS 21-12-05, 15-11-06, 21-12-06, 17-4-07), que la vulneración del deber de obtener el consentimiento





informado constituye una infracción de la “lex artis ad hoc” y ello dado que la información que debe darse al paciente incluye el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios, pero presenta grados distintos de exigencia según se trate de actos médicos realizados con carácter curativo o se trate de la llamada medicina satisfactiva. Con respecto a los primeros con carácter general no es menester informar detalladamente acerca de aquéllos riesgos que no tiene un carácter típico por no producirse con frecuencia, ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional o no revistan una gravedad extraordinaria. El artículo 10.1 de la Ley de Autonomía del Paciente 41/02 de 14 de noviembre, incluye hoy dentro de la información básica que corresponde al consentimiento prestado por escrito las consecuencias relevantes o de importancia de la intervención originada con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y la estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones; a su vez, del artículo 2.3 LAP, el cual establece como principio básico el derecho del paciente o usuario a decidir libremente después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, se deduce la necesidad de incluir este aspecto en la información. Se exige que sea el médico quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquéllas circunstancias relacionadas con la intervención mientras éste se halle bajo su cuidado, pues se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por él y que integran además, una de sus obligaciones fundamentales.

El artículo 4.1 de la Ley 41/02, tras disponer que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, señala que la misma se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica y que comprende como mínimo la finalidad y naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. El apartado 2 del mismo artículo contempla lo anterior, disponiendo que la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales y que será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades ayudándole a tomar decisiones, de acuerdo con su propia y libre voluntad. Finaliza el artículo 4.3, manifestando que el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información, siendo también responsables de la información los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial, señalando con carácter general a la persona del paciente como titular de ese derecho y a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.





La doctrina y la jurisprudencia mantienen la consideración de que es al médico a quien corresponde la carga de la prueba de haber obtenido el consentimiento informado previo del paciente( SSTS de 25 de abril de 1994 , [31 de julio de 1996 \(RJ 1996, 6084\)](#) , [28 de diciembre de 1998 \(RJ 1998, 10164\)](#) , [19 de abril de 1999 \(RJ 1999, 2588\)](#) , 26 de septiembre de 2000 y [12 de enero de 2001 \(RJ 2001, 3\)](#) , entre otras). En palabras de la [STS de 29 de julio de 2008 \(RJ 2008, 4638\)](#) , "La información incluye el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios". Ha de ser puntual, correcta, veraz, leal, continuada, precisa y personalizada y no un simple trámite administrativo. Y, puesto que su finalidad es que el enfermo participe en la toma de decisiones que afectan a su salud ( [artículo 10.1 CE](#) ), se ha de integrar con datos al alcance de su comprensión, de manera que a través de ellos y con cabal conocimiento (consciente, libre y completo) pueda ponderar la posibilidad de sustraerse o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos, de contrastar el pronóstico con otros facultativos o de acudir a un especialista o centro distintos ( [SSTS de 4 de octubre \(RJ 2007, 5352\)](#) y [28 de noviembre de 2007 \(RJ 2007, 8427\)](#) ) Finalmente la [STS de 21 de enero de 2009 \( RJ 2009, 1481\)](#) igualmente declara que "(...) La vulneración del deber de obtener el consentimiento informado constituye una infracción de la lex artis ad hoc, o lo que es lo mismo un supuesto y elemento esencial de la lex artis para llevar a cabo la actividad médica. Es un acto que debe hacerse efectivo con tiempo y dedicación suficiente y que obliga tanto al médico responsable del paciente, como a los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial, como uno más de los que integran la actuación médica o asistencial, a fin de que pueda adoptar la solución que más interesa a su salud. Y hacerlo de una forma comprensible y adecuada a sus necesidades, para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado, y en su vista elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos e incluso acudir a un especialista o centro distinto ( [SSTS 15 de noviembre 2006 \( RJ 2006, 8059\)](#) , y las que en ella se citan). Como tal forma parte de toda actuación asistencial, constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica, antes con la [Ley 14/1986, de 25 de abril \( RCL 1986, 1316\)](#) , General de Sanidad , y ahora, con más precisión, con la [ley 41/2002, de 14 de noviembre \( RCL 2002, 2650\)](#) de la autonomía del paciente, que constituye el marco normativo actual, en la que se contempla como derecho básico a la dignidad de la persona y autonomía de su voluntad. Su exigencia, tanto si existe vínculo contractual -contrato de servicio sanitario,



sea arrendamiento de servicio o de obra- como si opera en la relación meramente extracontractual, debe considerarse con independencia del cumplimiento del deber de que la intervención en si misma se desarrolle con sujeción a la lex artis ( [STS 19 de noviembre de 2007 \( RJ 2008, 18\)](#) ), pues una cosa es que la actuación del médico se lleve a cabo con absoluta corrección y otra distinta que la reprochabilidad pueda basarse en la no intervención de un consentimiento del paciente o sus familiares debidamente informado por el médico.

En la actualidad dicha doctrina jurisprudencial sigue siendo mantenida por nuestro Alto Tribunal; así la [STS de 29 de julio de 2008 \( RJ 2008, 4638\)](#) , resolviendo recurso por interés casacional, declaró que "(...) La información que debe darse al paciente para obtener válidamente su consentimiento, según reiterada jurisprudencia de esta Sala, incluye el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios, pero presenta grados distintos de exigencia según se trate de actos médicos realizados con carácter curativo o se trate de la llamada medicina satisfactiva. En relación con los primeros puede afirmarse con carácter general que no es menester informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que no tienen un carácter típico por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional o no revistan una gravedad extraordinaria ( [SSTS de 28 de diciembre de 1998 \( RJ 1998, 10164\)](#) , [17 de abril de 2007 \( RJ 2007, 3541\)](#) y [30 de abril de 2007 \( RJ 2007, 2397\)](#) ). El artículo 10.1 LAP ( [RCL 2002, 2650](#) ) incluye hoy dentro de la información básica que corresponde al consentimiento prestado por escrito las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados corresponde al consentimiento prestado por escrito las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y las contraindicaciones; a su vez, del artículo 2.3 LAP , el cual establece como principio básico el «derecho del paciente o usuario a decidir libremente después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles» se deduce la necesidad de incluir este aspecto en la información.

Se exige que sea el médico quien pruebe que proporcionó e informó al paciente de todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras éste se halle bajo su cuidado, pues se trata de hechos que fácilmente pueden ser probados por él, y que integran, además, una de sus



obligaciones fundamentales ( SSTS 25 de abril de 1994 ( RJ 1994, 3073) , 16 de octubre de 1998 ( RJ 1998, 7565) , 10 de noviembre de 1998 ( RJ 1998, 8819) , 8 de diciembre de 1998 SIC ( RJ 1998, 10155) , 19 de abril de 1999 ( RJ 1999, 2588) , 7 de marzo de 2000 ( RJ 2000, 1508) , 12 de enero de 2001 ( RJ 2001, 3) y 26 de junio de 2006 ( RJ 2006, 5554) " .

CUARTO.- Sentado lo anterior, de la valoración en conjunto de las pruebas practicadas se estima acreditada íntegramente la pretensión ejercitada por la parte actora (Art. 217 de la LEC).

Debe examinarse la actuación de los profesionales de la clínica de la aseguradora demandada, a quienes se imputa negligencia y vulneración de la *lex artis* en su actuación, en función del daño finalmente causado que se imputa. Para ello se ha de atender a los informes periciales que se aportan, al tratarse de una cuestión eminentemente técnica, elaborados con base en la documental aportada a los autos e incorporada a los mismos.

En este extremo el perito de la parte actora, Sr. Muñoz Conde que ha comparecido al acto del juicio a ratificar su informe pericial se ha mostrado contundente y rotundo en sus conclusiones, pues ante un juicio clínico que consta en la hoja de urgencias de 1-10-10 de *embarazo ectópico tubárico izquierdo no complicado/ aborto tubárico* como el que presentaba la paciente y se le diagnosticó, no cabe una actitud expectante, poco eficaz y que no ha demostrado ningún beneficio en cuanto a resultados posteriores. Ello con una sintomatología compatible con embarazo irregular al presentar sangrado intermitente en lugar de regla, última regla real seis semanas atrás (19-08-20), ser de reglas regulares, test de gestación positivo y manifestar relaciones sin protección.

Como consta en su informe, la exploración ginecológica y pruebas complementarias: ecografía con ausencia de saco intraútero, cuantificación de 500 mu de la hormona BHCG y dolor a la movilización uterina, mostraban una firme sospecha de embarazo ectópico tubárico izquierdo y así La doctora asistente establece la sospecha de embarazo ectópico, pero lo considera no complicado sin base alguna pues una característica de los embarazos ectópicos es precisamente la de poderse complicar, siendo esto imprevisible. El aborto tubárico ratifica el embarazo ectópico cuando la sintomatología, datos clínicos y ecografía lo hacían evidente. No obstante,



mantiene una actitud expectante que no tenía indicación por existir sintomatología: dolor a la movilización cervical y palpación del anejo izquierdo.

Ello es ratificado por la propia Sociedad Española de Ginecología en su Documento de Consenso en que consta que la actitud expectante ante un embarazo ectópico *“ser poco eficaz y no ha demostrado ningún beneficio en cuanto a resultados posteriores*

A ello añade que no se da a firmar Documento de Consentimiento informado donde se expliquen los riesgos y se especifique si hay deseo genésico por la paciente. Por otra parte la tasa de fracasos con estallido del ectópico en la trompa, necesidad cirugía mayor con anexectomía, hemoperitoneo masivo y riesgo de muerte es excesivamente elevada, no siendo recomendable en el estado actual un riesgo de consecuencias catastróficas pero evitable.

Entiende por ello y se estima acreditado, que se daban las condiciones para el tratamiento que se omitió con Methotrexate intramuscular al haber *indemnidad tubárica con diámetro menor de 3-4 cm, ausencia de embrión, cifra de BHCG inferior a 3.000 mu/ml, estabilidad hemodinámica y no contraindicación para methotrexate.* Como consecuencia fue sometida a cirugía de urgencias que requirió la extirpación de trompa izquierda y de un ovario izquierdo que no estaba afectado al comienzo del proceso.

En cambio el tratamiento médico que debió seguirse tiene una tasa de eficacia en la resolución del embarazo ectópico del 90% y en cualquier caso, la no resolución del ectópico por esta vía hubiera conllevado una cirugía de menor entidad sin necesidad de extirpación del ovario. En cambio la actitud expectante tiene un porcentaje de fracasos entre el 40 y el 70%, lo que supone afrontar innecesariamente lo sucedido en este caso, una cirugía urgente con extirpación de órganos genitales con riesgo de shock hemorrágico y muerte materna.

Ante un diagnóstico correcto, como era un embarazo ectópico y así consta en la de urgencias, se incurrió en cambio en mala praxis en el tratamiento a seguir, recomendado en los mismos protocolos médicos, que requirió cirugía de urgencia con extirpación de trompa y ovario izquierdos.

Tales conclusiones, no se han desvirtuado por el informe pericial de la parte demandada ratificado igualmente por la especialista Sra. Gálvez. Admite la misma en su informe y en la vista, que efectivamente ante un diagnóstico distinto al que consta como probable (embarazo ectópico) cabía una actitud expectante, pero ese dato (posible embarazo intrauterino) no consta en la hoja de urgencias y además se ha demostrado que el juicio



clínico de urgencias fue acertado. Es por ello que el mismo sangrado que se produce desde el día 19, no puede ser síntoma de una regla sino del propio embarazo ectópico del que constituye un síntoma.

Mantiene que la conducta expectante ha sido defendida sobre la base del conocimiento de la evolución natural de muchos embarazos ectópicos tempranos, pero no si como en este caso al paciente no estaba asintomática, pues presentaba ese sangrado y dolor a la movilización cervical y palpación, además del hallazgo de la ecografía consistente en una imagen paraneal izq, de 25x29mm. Por tanto no se justifica la conclusión que manifiesta sobre que  *dado que la PHCG en suero a esta paciente fue menor de 1500 (500), el tratamiento correcto es el expectante y vigilancia activa a las 48 horas*. Ello como admite determinaría que la paciente no tenía otros síntomas y el juicio clínico probable fuese de embarazo intrauterino y no ectópico. Además tal actuación hubiese precisado la firma de un consentimiento informado como mantiene el perito de la actora y no niega la propia perito de la parte demandada, quien lo que manifiesta es que  *“desconozco si se explicó a la paciente verbalmente al situación pero es lo más común dados los hallazgos y el diagnóstico de gestación”*.

.Añade que  *“El metotrexato solo se puede pautar si tienes la certeza absoluta de que es un embarazo ectópico, no solo una sospecha. La masa anexial puede corresponder a un cuerpo lúteo hemorrágico u otra patología. Porque si pautamos tratamiento médico con metotrexato podemos provocar un aborto de un posible embarazo intrauterino normo evolutivo (en su sitio), que no se ve en la ecografía porque se desarrolla más lento o porque el embarazo es más tardío. Dado que la BHCG era muy baja”*.

Ello no se justifica cuando al juicio clínico, que además fue el acertado, es de embarazo ectópico y en forma alguna, intrauterino.

También alega que  *:Además, el metotrexato no es un tratamiento exento de riesgos: se han descrito alteraciones en la función hepática, estomatitis, gastroenteritis y depresión medular. Su incidencia es del 21% con tratamiento sistémico y del 3% con tratamiento local. Ocasionalmente se han descrito alopecia reversible, persistencia del hematosalpinx y daño de la mucosa tubárica*.

Frente a ello el perito de la actora ratifica el criterio de la Sociedad Española de Ginecología y unos porcentajes y una tasa de eficacia que no se desvirtúan cuando el diagnóstico no era una mera sospecha, sino el  *Probable*.





Finalmente indica en su informe la perito que *la paciente precisó de una anexectomía izquierda (extirpación de la trompa por el embarazo ectópico y del ovario por el cuadro adherencial que presentaba la paciente). El cuadro adherencial era anterior al embarazo ectópico actual. Siendo el cuadro adherencial la causa del embarazo ectópico y no la consecuencia.*

Tal extremo no se ha acreditado, pues por una parte no constan en el historial médico de la paciente, previas intervenciones causantes de ese posible cuadro adherencial y tampoco que los dos previos abortos hubiesen precisado necesariamente intervención quirúrgica, no practicando prueba alguna al afecto la parte demandada. Además el perito de la parte actora, contradice al de la demandada, no estando acreditado que las adherencias del hemoperitoneo masivo que se formó fuesen por intervenciones anteriores, produciéndose por hemorragias masivas e inflamaciones, añadiendo que depende mucha veces de la pericia del cirujano poder salvar el ovario. Es así un hecho cierto que fue el deficiente tratamiento del embarazo ectópico lo que llevó a la paciente a dicha intervención, que en un 90% de los casos de haberse tratado adecuadamente se hubiese excluido y la pérdida de la trompa y ovarios, resultando las manifestaciones de la perito contraria especulaciones carente de prueba objetiva.

Era por ello carga de la prueba de la parte demandada acreditar que se adoptaron todas las medidas que la técnica actual proporciona para evitar el desenlace, o justificar que era imprevisible y que éste se produjo por caso fortuito o causa ajena a la demandada, lo que no ha verificado, así como tampoco la debida información a la paciente con relación al tratamiento que se siguió.

Todo lo anterior determina la responsabilidad de la parte demandada, procediendo estimar la demanda y condenar a la parte demandada por la mala praxis en que se incurrió, que desencadenó el resultado final de por el que se reclama, no siendo cuestionadas en sí las secuelas que padeció, pero sí valoración de la indemnización que por ello se reclama.

Previamente señalar que, en cuanto al montante de la indemnización que se reclama, lo es con base en el Baremo de accidentes de circulación utilizado de forma orientativa y cuya aplicación analógica admiten las partes y la misma Jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS 19-6-97, 27-11-06, 20-2-





08 o 22-7-08), siempre que lo sea íntegramente y no de forma parcial en aquello que beneficia y no en lo que perjudica.

Efectúa la actora valoración conforme a la documental que aporta, aplicando el Baremo en la forma que indica, por un importe total de 60.587,39€ por los siguientes conceptos: SECUELAS: Perjuicio personal básico: 39.350,71€ - 25 puntos por pérdida de ovario y trompa: 36.757,25€ - 3 puntos por perjuicio estético por cicatrices de laparoscopia: 2.593,46€ - Perjuicio personal particular: 18.087,68 € - Pérdida de calidad de vida leve: 8.250€ - Perjuicio excepcional: 9.837,68€ TEMPORALES: 3149€ - 3 días de perjuicio temporal grave por ingreso hospitalario (225€) y 37 días de perjuicio temporal moderado por baja laboral (1.924€) - Perjuicio por cirugía: 1.000€

Muestra su conformidad la perito de la parte demandada, Sra. Carmenado Martín, con la puntuación de la secuela de perjuicio estético ligero por la cicatriz que se valora en 3 puntos.

Discrepa en la valoración de la secuela por pérdida de trompa/ovario, que fija por su parte en 16 puntos, aplicando una reducción del 20%, que no se estima adecuada, pues lo hace con fundamento *primero por patología adherencial y dos abortos previos, ambos causas de embarazo ectópico*, que como se ha manifestado, no se ha justificado en forma alguna y *segundo por necesitar un tratamiento ya fuera médico o quirúrgico con posibilidad de complicaciones y de fracaso del tratamiento*. Tampoco se ha justificado este punto, cuando el porcentaje de éxito, de ser adecuadamente tratada era de un 90%.

Entiende también respecto al perjuicio por pérdida de calidad de vida, que no procede en este caso por no limitar ni impedir la secuela residual, la realización de actividades de desarrollo personal ni las actividades esenciales de forma permanente, lo que ha desvirtuado el perito de la parte actora, quien ratifica que afecta la secuela de forma importante a la afectividad, siendo menor la ovulación al perder un ovario y mucho menores por ello además las posibilidades de quedar embarazada, al extirparse el canal que supone una trompa y el mismo ovario, estando en edad fértil la actora.

En cuanto a las lesiones temporales, entiende que el periodo de curación estimado por aborto quirúrgico no difiere del que hubiera necesitado con tratamiento médico ya que el seguimiento hormonal tras tratamiento médico con methotrexate es de 35 días, siendo el tiempo estándar de baja laboral por embarazo tubárico de 30 días, según la guía de incapacidad



temporal publicada por el INSS. Este extremo es contradicho también por el perito de la actora que entiende que esa media genérica no se justifica en este caso, atendiendo a las circunstancias concurrentes y de la propia paciente, pues el tratamiento con methotrexate sólo hubiese requerido un reposo relativo en el domicilio de entre 3 y 5 días y controles durante un mes, sin limitar sus actividades esenciales de la vida diaria. Además como hecho notorio y como indica el perito no es lo mismo para la paciente un tratamiento médico con methotrexate, que el postoperatorio tras una intervención quirúrgica como la que nos ocupa con extirpación de una trompa y un ovario, de mucha mayor penosidad y limitación para todo tipo de actividades.

Resulta por ello acreditado el perjuicio personal particular por pérdida de calidad de vida y el perjuicio excepcional que permite incrementarlo en hasta un 25%, habida cuenta de las circunstancias concurrentes en su producción consistentes en una asistencia sanitaria, en que se defrauda de modo más notable la confianza del paciente.

No se justifica tampoco por la perito de la parte demanda que sólo proceda indemnizar por 2 días de hospitalización cuando fueron 3 según la misma consta (3 al 5 de octubre de 2020), valorando también la misma la intervención quirúrgica que fue sometida en todo caso, sin que se justifique de nuevo esa pretendida reducción teórica por un posible 20% de fracaso del tratamiento, no justificado.

Procede por lo expuesto la condena de la demandada abono de la cantidad de 60.587,39€, debiendo la aseguradora abonar los intereses del artículo 20 de al LCS, desde la fecha del siniestro, al no haber ofrecido o consignado el importe mínimo que estimaba procedente, ni siquiera en esta vía, tras la celebración de la audiencia previa.

Así aunque es cierto que la responsabilidad médica profesional presenta siempre enormes dificultades de prueba teniendo que demostrar la no conformidad del acto médico realizado con la “lex artis ad hoc”, no se considera que concurra causa alguna que justifique la exoneración en este caso del abono de intereses moratorios del artículo 20 de la LCS, siendo procedentes en función de la relación entre las partes y en este caso la clínica asegurada y la aseguradora demandante por el contrato de seguro existente. Ello además de no haber acreditado la parte demandada su ignorancia del siniestro hasta este momento por no comunicárselo su asegurado, no practicando prueba alguna al efecto.



**QUINTO.-** Conforme a lo dispuesto en el artículo 394 de la LEC, procede imponer a la parte demandada las costas causadas en esta instancia.

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

**FALLO.-** Que debo estimar y estimo íntegramente la demanda formulada por el Procurador Don Ignacio Melchor de Oruña en nombre y representación de [REDACTED], contra la entidad “Mapfre Empresas Compañía de Seguros y Reaseguros S.A.” representada por el Procurador Don Federico Ruipérez Palomino y en consecuencia, debo condenar y condeno a esta última a abonar a la parte actora, la cantidad de 60.587,39€, más los intereses referidos en el artículo 20LCS, desde la fecha del siniestro( 3/10/2020), imponiendo a la parte demandada las costas causadas en esta instancia.

Notifíquese la presente resolución a las partes haciéndoles saber que contra la misma cabe interponer recurso de Apelación en el plazo de los veinte días siguientes a su notificación.

Así por esta mi sentencia de la que se unirá certificación a los autos correspondientes, lo pronuncio, mando y firmo.

**PUBLICACIÓN.-** Dada, leída y publicada que fue la anterior sentencia por la Sra. Magistrada que la suscribe, en el día de su fecha, estando celebrando audiencia pública. Doy fe.



Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia Proc. Ordinario firmado electrónicamente por M<sup>a</sup> JOSE LORENA OCHOA VIZCAINO