

Fecha de notificación: 05/09/2025

Fecha Envío Lexnet: 05/09/2025

1ª INSTANCIA Nº 9 - ORD - 395/2023



**JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 9
PALMA DE MALLORCA**

SENTENCIA: 00419/2025

**JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº9
PALMA DE MALLORCA**

TRAVESA D'EN BALLESTER, 20 " SA GERRERIA"

Teléfono: 971219388, Fax: 971219369

Correo electrónico: instancia9.palmademallorca@justicia.es

Equipo/usuario: MCV

Modelo: S40000 SENT TEXTO LIBRE ART 206.1 3º LEC

N.I.G.: 07040 42 1 2023 0009000

ORD PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000395 /2023

Procedimiento origen: ORD PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0001494 /2022

Sobre OTRAS MATERIAS

D/ña.

Procurador/a Sr/a.

Abogado/a Sr/a. ,

DEMANDADO D/ña.

Procurador/a Sr/a.

Abogado/a Sr/a.

S E N T E N C I A

En Palma de Mallorca a 28 de julio de 2025.

Vistos por mí Dña. , Juez del Juzgado de
Primera Instancia nº9 de Palma de Mallorca, los presentes
autos de juicio Ordinario nº395/2023,seguidos en este
Juzgado,de una,como demandante,D. y Dña.

,representados por la Procuradora Dña.
y asistidos por el Letrado D.José Antonio Ramos
Mesonero;Y de otra,como demandada,la entidad

,representada por la
Procuradora Dña. y asistida por el
Letrado D. ,pronuncio la presente
conforme a los siguientes,



ANTECEDENTES DE HECHO

Primero-Se ha recibido en este juzgado por inhibición del Juzgado de Primera instancia nº 51 de Madrid, demanda de juicio ordinario presentada por la representación de D.

y Dña. contra la entidad , S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, solicitando que se dictara sentencia recogiendo los pedimentos contenidos en el c demanda.

Segundo-Por Auto de fecha 9 de enero de 2024 se aceptó la inhibición causada por el Juzgado de Primera Instancia nº 51 de Madrid.

Tercero-Al acto de la Audiencia Previa celebrada el 4 de noviembre de 2024 comparecieron las partes, quienes se ratificaron en sus respectivos escritos de demanda y contestación y propusieron las pruebas que tuvieron por conveniente, practicándose las admitidas en el acto de juicio que tuvo lugar el día 30 de junio de 2025, con el resultado que obra en el soporte audiovisual correspondiente, y quedando, tras el trámite de Conclusiones, los autos vistos para sentencia.

n la tramitación del presente procedimiento se han respetado todas las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero-A través de la demanda presentada, los actores, en ejercicio de una acción de responsabilidad contractual, solicitaban que se condenara a la entidad



aseguradora demandada a satisfacerles la cantidad de 210.800 euros, aplicando orientativamente la ley 35/2015 de 22 de septiembre, más los intereses del artículo 20 LCS desde el 16 de noviembre de 2020 y, subsidiariamente, desde la reclamación extrajudicial de fecha 24 de enero de 2022 y las costas del procedimiento.

Los actores ejercitan la acción contra la aseguradora por una defectuosa asistencia sanitaria prestada en la Clínica Rotger a Dña. durante el parto los días 11 y 12 de noviembre de 2020, que provocó la muerte de su hijo el 16 de noviembre de 2020.

Los actores consideran, con fundamento en los informes periciales del Dr.D. , especialista en Obstetricia y Ginecología, y de la Dra.Dña.

, Especialista en Pediatría, que se produjo una mala praxis por parte de los profesionales que asistieron el parto de la Sra. , básicamente, por haber inducido el parto en la semana 40+2 días sin indicación según las Guías Clínicas de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), sin haber informado a la paciente de los riesgos de dicha inducción , como exige dicha SEGO , y por no haber confirmado el estado de oxigenación fetal (medición de pH intraparto) pese a la existencia de un registro cardiotocográfico intranquilizador en ciertos momentos y patológico en otros.

Como esto no se hizo, se señalaba en la demanda que , de forma negligente y temeraria, se permitió que el parto evolucionara y continuara, para finalmente producirse el nacimiento el 12 de noviembre de 2020 a las 6:34h con cesárea urgente, donde se analizó el pH del cordón umbilical, que confirmó tardíamente una acidosis grave y severa de 6,8, es decir, pérdida de



bienestar fetal, naciendo un niño hipotónico, sin esfuerzo respiratorio, cianótico y que requirió especiales trabajos de reanimación, al que diagnosticaron encefalopatía hipóxica isquémica, es decir, isquemia o muerte de cerebral por ausencia de oxígeno, iniciándose las medidas de limitación de esfuerzo terapéutico en el Hospital Público de Son Espases al que fue derivado, y que acabó falleciendo el 16 de noviembre de 2020.

La aseguradora demandada se oponía a la demanda, alegando, previamente, la excepción de falta de Litisconsorcio Pasivo necesario y falta de legitimación pasiva.

La excepción de falta de Litisconsorcio Pasivo necesario fue desestimada en el acto de Audiencia Previa.

Y en cuanto al fondo del asunto negaba que se hubiera acreditado la existencia de mala praxis médica.

Segundo-Antes de entrar en lo que constituye el objeto del procedimiento, debemos resolver las excepciones alegadas por la entidad demandada en su escrito de contestación a la demanda.

Así, en primer lugar, y por lo que hace a la excepción de falta de **Litisconsorcio Pasivo Necesario**, solicitando que fueran traídos al procedimiento en condición de demandados la ginecóloga, la matrona o matronas que asistieron el parto de la Sra. y el propio centro hospitalario, señalar que esta excepción ya fue resuelta y desestimada en el acto de Audiencia Previa, remitiéndome a lo allí acordado, al aludir a la existencia de responsabilidad solidaria que excluye el litisconsorcio pasivo (art.1.144 del Código Civil), sin



perjuicio de las acciones que puedan asistir a la aseguradora frente a los facultativos que prestaron la asistencia médica en el ámbito de las relaciones internas entre ellos o frente a la Clínica en la que se dispensaron los servicios.

Además, añadir que en ningún caso el ejercicio de la acción de repetición puede producir excepción de cosa juzgada, pues no se darían los requisitos exigidos para ello, pues no serían las mismas partes, ni estaríamos ante la misma acción, por lo tanto tampoco se podría dar un supuesto de fallos contradictorios.

Así también lo entendió la sentencia de la Sección nº18 de la AP Madrid de 23 de junio del 2020 (ponente D.), y la sentencia de esta misma sección de 26 de junio del 2019 (ponente D.).

Y a ello debe añadirse que la sentencia de 13 de Noviembre de 2000 señalaba que, *"En este sentido reiteradamente ha señalado el Tribunal Supremo que "el vínculo de solidaridad que liga a todos aquellos a quienes alcanza la responsabilidad de reparar el daño causado por la ejecución de un acto ilícito en los supuestos del art. 1.903 del Código Civil deriva contra cualquiera de los obligados puesto que cada uno de ellos frente a dicho perjudicado, es deudor por entero del deber de reparar la totalidad del daño causado según el art.1.144 del Código Civil y esta posibilidad legal de ejercitar la pretensión indemnizatoria contra cualquiera de los deudores o contra todos ellos simultáneamente excluye que puedan oponerse con éxito situaciones de litis consorcio necesario en cuanto la relación jurídica procesal queda válidamente constituida demandando a cualquiera de los obligados solidarios, sin perjuicio, claro es, de las posteriores reclamaciones entre*



ellos al amparo del art. 1.145-2º del Código Civil (sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 1983 , entre otras muchas)".

En segundo lugar, y respecto de la excepción de falta de **Legitimación Pasiva** alegada por la entidad demandada, basándose en que el objeto del procedimiento se enmarcaba única y exclusivamente en la relación médico-paciente y, por tanto, era ajeno a la actividad aseguradora de la demandada; Que la obligación de _____ era proporcionar acceso y sufragar el coste de aquellas asistencias que requieran los asegurados, siendo que los centros médicos incluidos en el "cuadro médico" de _____ no mantenían relación de dependencia, ni los profesionales tenían relación laboral o de dependencia de ningún tipo sino mercantil, limitándose la demandada a asumir en todo o en parte el pago de las prestaciones, debemos señalar lo siguiente.

La excepción de **falta de legitimación pasiva** invocada por la demandada debe desestimarse al aplicarle el criterio mantenido por la Sala Primera del Tribunal Supremo, Sección Pleno, Sentencia 64/2018 de 6 Febrero de 2018, Rec. 1286/2015 que, en relación con contratos de seguros de asistencia médica como el que nos ocupa, expone lo siguiente:

"Se trata de un seguro cuyas características son las siguientes:

(i) Es un seguro que se denomina: " Seguro de enfermedad. Póliza de asistencia sanitaria" (al definir su objeto también se usa el término " Seguro de Asistencia Sanitaria").

(ii) La cobertura alcanzaba a la atención sanitaria en la especialidad en la que se produjo el daño, y el asegurado

Fecha de notificación: 05/09/2025

Fecha Envío Lexnet: 05/09/2025

1ª INSTANCIA Nº 9 - ORD - 395/2023



podía elegir a uno de los médicos especialistas del catálogo de servicios de la aseguradora, señalándose expresamente que "en el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria".

(iii) El asegurado solo podía "elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos que realizan, dentro de los Catálogos de Servicios de IQUIMESA que en cada momento se encuentren vigentes, las prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza".

No es, por tanto, un seguro de los de reintegro de los gastos médico-quirúrgicos, sino de asistencia médica en la forma descrita. (...) "

"Se podrá discutir, como se razona en las sentencias 438/2009, de 4 de junio y 948/2011, de 16 de enero , si sería necesaria una mejor delimitación de los artículos 105 y 106 de la LCS , que estableciera el alcance de las respectivas obligaciones de las partes y su posición frente a los errores médicos y hospitalarios, pero lo cierto es que en su redacción actual no permite otros criterios de aplicación que los que resultan de una reiterada jurisprudencia de esta sala sobre el contenido y alcance de la norma y la responsabilidad que asumen las aseguradoras con ocasión de la defectuosa ejecución de las prestaciones sanitarias por los centros o profesionales, como auxiliares de las mismas en el ámbito de la prestación contractualmente convenida, en unos momentos en que la garantía y calidad de los servicios mediante sus cuadros médicos se oferta como instrumento de captación de la clientela bajo la apariencia y la garantía de un servicio sanitario atendido por la propia entidad.



Por tanto, las obligaciones contractuales de la compañía aseguradora abarcan la correcta prestación del servicio sanitario por parte de los centros y los profesionales que actúan como auxiliares de dicha entidad en el ámbito de la prestación contractualmente convenida. En este sentido, la citada sentencia de pleno establece que "la garantía y calidad de los servicios mediante sus cuadros médicos se oferta como instrumento de captación de la clientela bajo la apariencia y la garantía de un servicio sanitario atendido por la propia entidad", por lo que procede rechazar su falta de legitimación pasiva."

El contrato de seguro de asistencia sanitaria exige la previa concertación entre la entidad aseguradora y cada uno de los médicos y centros hospitalarios que forman su cuadro médico, lo cual se produce por medio de un contrato de arrendamiento de servicios, estableciéndose así una relación de dependencia cuando menos económica y funcional que da lugar a la aplicación de la responsabilidad civil extracontractual por hecho ajeno, establecida con carácter general en el artículo 1903.4º CC, caso de producirse daños y perjuicios concretos con motivo de una actuación culposa o negligente del facultativo.

Por consiguiente, la responsabilidad de la aseguradora demandada vendría determinada, tanto por el contrato directamente celebrado entre aseguradora y asegurado, por el que la primera compromete frente al segundo, la prestación de asistencia médica en condiciones de seguridad y eficacia, como porque, en esa línea jurisprudencial de flexible entendimiento del artículo 1.903 del CC, entiende nuestro Alto Tribunal, que la relación de arrendamiento de servicios estipulada entre facultativo y aseguradora genera una relación de dependencia que califica de económica y funcional, sobre la



que cabe sustentar la responsabilidad civil extracontractual por hecho ajeno del artículo 1903.4 del CC .

El Tribunal Supremo viene entendiendo que las aseguradoras en el conocido como " seguro de asistencia médica " no sólo aseguran el pago de los gastos médicos , sino la efectiva prestación de la asistencia sanitaria a través de los facultativos y los medios, que la misma determina, y en las condiciones y requisitos que la póliza detalla. Los cuales no son de absoluta libre elección por el asegurado, que ha de limitarse al cuadro de centros y profesionales de la compañía, siendo indiferente al efecto que la relación sea o no laboral, ni el mayor o menor grado de dependencia del profesional de la medicina respecto de la aseguradora que lo incluye en su " cuadro médico ", o entre aquéllos y los centros que figuran en el mismo, pues dichas cuestiones no invalidan en modo alguno la responsabilidad directa de la compañía, como prestataria de los servicios .

Ha de entenderse pues, siguiendo la doctrina que expresa la sentencia del TS de fecha 4 de noviembre de 2010 , que la aseguradora por medio del contrato de seguro de asistencia sanitaria "se obliga no sólo a prestar la asistencia correspondiente al padecimiento (enfermedad o lesión) del asegurado, sino también la más segura y eficaz, alcanzando así a la elección del facultativo adecuado que se pone al servicio del cliente; prestación sanitaria que resultará defraudada si la asistencia recibida resulta incorrecta y conlleva graves consecuencias dañosas morales y materiales para el paciente, derivadas de una actuación negligente del facultativo elegido por el asegurado, dando lugar a una responsabilidad contractual por parte del asegurador por incorrecto cumplimiento de las prestaciones del contrato".



Por tanto, la excepción de falta de legitimación pasiva de la aseguradora se desestima.

Tercero-En el supuesto de autos nos encontramos ante una obligación de medios no de resultado por entender que la asistencia a un parto es medicina curativa.

Decía la sentencia dictada por el TS en fecha 20 de noviembre de 2009 que, "La responsabilidad del profesional médico es, por tanto, de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no solo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la lex artis, cuando está reconocido



científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual (SSTS 12 de marzo 2008; 30 de junio 2009).

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 y de la responsabilidad consiguiente.

En este sentido, la sentencia de 22 de noviembre de 2007 , analizando un supuesto de medicina voluntaria o satisfactiva, declara que "no comportan por sí la garantía del resultado perseguido, por lo que sólo se tomará en consideración la existencia de un aseguramiento del resultado por el médico a la paciente cuando resulte de la narración fáctica de la resolución recurrida (así se deduce de la evolución jurisprudencial, de la que son expresión las SSTS 25 de abril de 1994, 11 de febrero de 1997, 7 de abril de 2004, 21 de octubre de 2005, 4 de octubre de 2006 y 23 de mayo de 2007)".

Es, en definitiva, lo que se conoce como la lex artis o lo que es lo mismo un supuesto y elemento esencial para llevar a cabo la actividad médica y obtener de una forma diligente la curación o la mejoría de la salud del enfermo, a la que es ajena el resultado obtenido puesto que no asegura o garantiza el interés final perseguido por el paciente."

La sentencia de la AP de Madrid de 31 de enero de 2019 señalaba que, "Por otro lado, ha de tenerse presente que en la medicina curativa la culpa o negligencia es la base de la



responsabilidad civil profesional del médico y la obligación de diligencia del médico, como deber de actuación y no de resultado, se funda en el cumplimiento de la llamada "lex artis ad hoc" , que es un criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico que no sólo exige el cumplimiento formal y protocolario de las técnicas previstas con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis sino también la aplicación de tales técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza y circunstancias (sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo número 495/2006, de 23 de mayo de 2006 , R.J. Ar. 3535 y SAP, Civil sección 21 del 02 de Marzo del 2010 (ROJ: SAP M 3032/2010) Recurso: 95/2008).

La relación contractual entre médico y paciente deriva normalmente de contrato de prestación de servicios y el médico tiene la obligación de actividad o de medios de prestar sus servicios profesionales en orden a la salud del paciente, sin obligarse al resultado de curación, que no siempre está dentro de sus posibilidades.

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 del enfermo e incluso las reacciones del organismo del paciente que dan lugar a sucesos o resultados fortuitos en los que habrá interrupción del nexo causal.

El médico, en su ejercicio profesional, es libre para escoger la solución más beneficiosa para el bienestar del paciente poniendo a su alcance los recursos que le parezcan más eficaces en todo acto o tratamiento que decide llevar a cabo, siempre y cuando sean generalmente aceptados por la Ciencia



médica, o susceptibles de discusión científica, de acuerdo con los riesgos inherentes al acto médico que practica, en cuanto está comprometido por una obligación de medios en la consecución de un diagnóstico o en una terapéutica determinada, que tiene como destinatario la vida, la integridad humana y la preservación de la salud del paciente (SSTS 24 de noviembre 2005 ; 8 de enero de 2006).

Asímismo reseñar que la lex artis ad hoc puede definirse como el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos - estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este concepto ha sido acogido en diferentes sentencias de la Sala 1ª del Tribunal Supremo con motivo de reclamaciones fundamentadas en supuestos de culpa o negligencia civil (SS del Tribunal Supremo de 11 de marzo de 1991 o 23 de marzo de 1993 entre otras)."

Cuarto-En el presente caso,para determinar si los profesionales que asistieron el parto de la Sra. incurrieron en mala praxis vulnerando la lex artis aplicable a las circunstancias del caso, una cuestión eminentemente de carácter técnico o pericial,sólo contamos con los informes periciales emitidos a instancia de la parte actora,toda vez que la parte demandada no ha acompañado ningún informe pericial.



Así, contamos con el informe emitido por el Dr.D.Mariano Durán Ramón, especialista en Obstetricia y Ginecología, y de la Dra.Dña. , Especialista en Pediatría, ambos ratificados y explicados en el acto de juicio por sus autores.

El artículo 348 de la LEC consagra, con relación a la prueba pericial, el sistema de valoración de libre apreciación razonada o, en terminología tradicional de nuestro derecho, que el precepto reproduce, el de apreciación "según las reglas de la sana crítica".

El juez deberá valorar los dictámenes tomando en cuenta sus propias máximas de la experiencia, como son la lógica interna del informe del experto, su ajuste a la realidad del pleito, la titulación del perito con relación a lo que constituye el objeto de la pericia, la relación entre el resultado de la pericial y los demás medios probatorios obrantes en autos, el detalle y exhaustividad del informe, la metodología o las operaciones practicadas para la obtención de conclusiones, como son la inspección, la extracción de muestras o la realización de análisis.

Es cierto que en el acto de juicio declaró como testigo Dña.Alicia Robles, ginecóloga que asistió el parto de la Sra.Aguilar, tachada por la parte actora ex artículo 377.1.2ª y 3ª de la LEC, que explicó cómo fue atendida la Sra. durante el parto por la propia testigo y por la matrona.

La tacha del testigo (art.377 LEC), aunque no inhabilita su testimonio sí que debe tomarse en consideración en orden a la credibilidad de sus manifestaciones y a la hora de otorgar fuerza probatoria a sus valoraciones (art.376 LEC).



En el presente caso, como antes hemos indicado, determinar si en el parto de la Sra. se incurrió en mala praxis profesional y se vulneró la lex artis por parte de los profesionales que la atendieron, es una cuestión eminentemente de carácter técnico o pericial, no testifical y menos cuando el testimonio de la testigo Dña. no goza de plena objetividad e imparcialidad, pues en el caso de estimarse la demanda, podría verse demandada por la entidad aseguradora en ejercicio de una acción de repetición en el ámbito interno.

Del informe pericial emitido por el **Dr.D.** se extrae lo siguiente:

1-Que Dña. , sin antecedentes obstétricos de interés ni antecedentes personales de interés desde el punto de vista obstétrico , ingresó en la Clínica Rotger el día 11 de Noviembre de 2020 a las 14 horas 15 minutos, gestante de su primer embarazo, estando de 40 semanas y 2 días para inducción del parto por gestación en vías de prolongación.

El feto se encontraba en una situación de bienestar fetal y adecuadamente oxigenado en el momento del ingreso.

2-Que tras el ingreso se procedió a la inducción oxitócica del parto con monitorización continua bajo analgesia epidural, durante la cual presentó fiebre intraparto por lo que se administró antibioterapia, indicándose la extracción fetal mediante cesárea a las 5 horas 52 minutos del día 12 de Noviembre de 2020 por parto estacionado.

3-Que a las 6 horas 34 minutos fue extraído mediante cesárea un varón con un test de Apgar de 0/0/3 y un estudio gasométrico de sangre del cordón umbilical de 6,8. Tras la



extracción fetal persiste la acidosis con clínica neurológica por lo que es trasladado al Hospital de Son Espases para ser sometido a hipotermia activa como medida de neuroprotección, donde evoluciona desfavorablemente, falleciendo el día 16 de Noviembre de 2020 a las 19 horas 8 minutos debido a un cuadro de encefalopatía hipóxico isquémica grave con fallo multiorgánico secundario, diagnóstico que se confirma en el estudio necrópsico.

4-Que la muerte neonatal, en principio, fue por la privación de oxígeno, en mayor o menor medida, al cerebro durante el parto complicándose el cuadro clínico con un fallo multiorgánico que provocó la muerte fetal, cumpliéndose todos los criterios que exige la SEGO para afirmar que hubo asfixia perinatal, siendo satisfactorio el estado materno-fetal durante el embarazo sin que durante su desarrollo presentara patología alguna a la que se le pudiese atribuir el mal resultado perinatal obtenido, ni existiera factor pregestacional predisponente alguno.

El perito señala que para poder establecer la existencia de una hipoxia perinatal, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) estableció unos criterios que se debían cumplir y en el presente caso, el perito concluye que tales criterios concurrieron.

Así, tales criterios son los siguientes:

1-Evidencia de acidosis metabólica en sangre arterial de cordón umbilical inferior a 7.

Según el perito este criterio se cumple dado que en la hoja del parto se indica claramente que el pH de la arteria del



cordón umbilical era de 6,80 confirmándose posteriormente a las 7 horas 44 minutos y a las 8 horas 33 minutos .

2-Inicio precoz de una encefalopatía neonatal moderada o severa.

Según el perito este criterio se cumple de acuerdo con los datos aportados por la historia pediátrica pues, tras ser extraído ,presentaba signos de encefalopatía hipóxico isquémica grave que precisó de hipotermia activa en el Hospital de Son Espases como medida de neuroprotección.

3-Parálisis cerebral de tipo discinético o cuadriplejia espástica.

Según el perito este criterio no se pudo cumplir ya que el neonato falleció antes de que pudiese manifestarse clínicamente una parálisis cerebral infantil, describiéndose alteraciones en los estudios electrofisiológicos cerebrales precozmente tras la extracción fetal, lo que en su opinión permite aceptar el cumplimiento de este criterio toda vez que, además, el neonato presentaba una encefalopatía hipóxico-isquémica grave sospechado en los estudios realizados previamente al fallecimiento del neonato y confirmados posteriormente en el estudio necrópsico.

4-Exclusión de otras causas.

Según el perito no se identifica en la historia clínica otra causa eventualmente responsable del cuadro clínico que presentó el neonato ajeno a la hipoxia intraparto.



Además, la afectación de múltiples órganos y sistemas (fallo multiorgánico descrito en el informe de alta) no pudo tener otro origen, según el perito, que la hipoxia fetal.

5-Que dada la edad gestacional de 40 semanas y 2 días y no existiendo constancia documental de factor de riesgo materno-fetal adicional alguno en la historia clínica, la inducción del parto carecía de indicación, no existiendo constancia documental verbal o escrita en la historia clínica de que la paciente recibiera suficiente y adecuada información sobre los riesgos de la inducción del parto.

6-Que el Registro cardiotopográfico era compatible con una situación de bienestar fetal hasta las 21 horas 18 minutos. A partir de esa hora aparecieron deceleraciones recurrentes de atipicidad progresiva, transformándose el RCT en patológico a partir de las **23 horas 30 minutos**, momento en el que la matrona debería de haber avisado al obstetra para que confirmase el estado de oxigenación fetal.

7-Que a partir de las 23 horas 30 minutos persiste el RCT patológico por presencia de deceleraciones variables atípicas con criterios adicionales de atipicidad ocasionalmente que persisten hasta el final del RCT (5 horas 52 minutos) manteniéndose en todo momento la indicación de la confirmación del estado de oxigenación fetal (pH fetal).

8-Que existió un error en la indicación de la cesárea ya que se indicó por parto estacionado sin apreciar una indicación por sospecha de pérdida de bienestar fetal por lo que se demoró la realización de la misma produciéndose un deterioro fetal progresivo.



Según el perito, existió un error en la indicación de la cesárea, ya que se indicó por parto estacionado sin apreciar una indicación por sospecha de pérdida de bienestar fetal por lo que se demoró la realización de la misma produciéndose un deterioro fetal progresivo, pues según la gráfica del RCT, la cesárea se indicó a las 5 horas 52 minutos y la hoja del parto indica que la extracción fetal tuvo lugar a las 6 horas 34 minutos, transcurriendo 42 minutos desde que se indicó la cesárea hasta la extracción fetal.

De haberse realizado un control adecuado del estado fetal y prestado una asistencia obstétrica adecuada a los hallazgos patológicos del RCT se habría evitado la acidosis grave y la encefalopatía hipóxico-isquémica grave que presentó el neonato y su fallecimiento posterior por fallo multiorgánico.

Asimismo, en el acto de juicio el perito aclaró que, dada la edad gestacional de 40 semanas y 2 días y no existiendo constancia documental de factor de riesgo materno-fetal, la inducción del parto carecía de indicación, convirtiéndose en un parto de alto riesgo; Que a partir de las 23.30 horas, el parto ya era competencia de la ginecóloga (siendo que ésta se había marchado como manifestó en el acto de juicio al declarar como testigo) y no de la matrona, que sólo está para atender partos normales; Que a partir de las 23.30 horas y visto el RCT se tendría que haber realizado una prueba de pH fetal para comprobar su bienestar o extraer el feto, lo cual hubiera permitido tener un niño vivo y sin secuelas; Y que no sólo hubo demora en la indicación de la cesárea sino también en su práctica.



Del Informe emitido por la **Dra.Dña.** se infiere lo siguiente:

1-Que el embarazo de Dña. se desarrolló con normalidad,siendo las ecografías normales y sin la existencia de alteraciones fetales de ningún tipo.

2-Que el día 11 de noviembre de 2020 Dña. ingresó en la Clínica Rotger para inducción del parto siendo una gestación a término de 40 semanas.Al comienzo de la inducción, el feto se encontraba en situación de bienestar fetal con registro cardiotocográfico dentro de la normalidad.

3-Que a las 6 horas del día 12 de noviembre de 2020 se indicó la realización de una cesárea por "parto estacionado",constando en la historia clínica la existencia de alteraciones en el registro de monitorización (desaceleraciones variables atípicas mantenidas).

4-Que el niño nació a las 6:34 horas en parada cardiorrespiratoria, y precisó reanimación profunda con intubación orotraqueal, masaje cardiaco y administración de 3 dosis de adrenalina,no consiguiéndose latido cardiaco hasta los 10 minutos de reanimación.

5-Que existió asfixia intraparto,cumpléndose los criterios señalados por la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para establecer la relación entre la hipoxia intraparto y las lesiones neurológicas,señalándose en el informe de autopsia como causa fundamental del fallecimiento la perdida de bienestar fetal con encefalopatía hipóxico isquémica severa.



La perito concluye que en el caso del pequeño se cumplían todos los criterios **esenciales** establecidos por la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA para establecer la relación de causalidad entre la asfixia producida durante el parto y la aparición de daños neurológicos; Así como los **criterios no específicos** que tomados conjuntamente sugieren un evento perinatal.

Así, en cuanto a los esenciales, la acidosis metabólica intraparto inferior a 7, siendo el PH en la arteria umbilical del menor de 6.8; El inicio precoz de encefalopatía neonatal moderada o severa, siendo que presentó desde su nacimiento hipotonía generalizada sin movimientos espontáneos ni reactividad a estímulos y convulsiones en las primeras horas de vida; Parálisis cerebral, siendo que Miquel no llegó a desarrollarla al fallecer a los 3 días de vida.

Y en cuanto a los criterios no específicos : Deterioro súbito o sostenido de la frecuencia cardíaca fetal, generalmente tras el hipóxico, siendo que en la historia clínica de Miquel se refiere la existencia de desaceleraciones variables atípicas mantenidas; Puntuación de Apgar entre 0-6 después de los 5 minutos de vida, siendo que el recién nacido tuvo una puntuación en el test de Apgar de 0 en el primer minuto, 0 a los 5 minutos y 3 a los 10 minutos de vida, precisó reanimación profunda con intubación traqueal, masaje cardíaco y administración de adrenalina; Evidencia de disfunción multiorgánica precoz: Alteración hemodinámica, afectación renal, pulmonar, cardíaca, hepática; Efectos hematológicos y metabólicos; Signos bioquímicos de hipoxia fetal y evidencia de alteración cerebral aguda mediante técnicas de neuroimagen.



Por tanto,de la valoración conjunta de ambos informes periciales,se puede concluir que los profesionales que atendieron el parto de la Sra. incurrieron en mala praxis profesional vulnerando la lex artis,lo que determina la estimación de la acción ejercitada y la condena de la aseguradora a abonar la cantidad solicitada en la demanda,al no resultar controvertida la cantidad solicitada por los actores, los conceptos reclamados ni la aplicación analógica de la ley 35/2015 de 22 de septiembre ni proponerse una indemnización alternativa basada en otros parámetros.

Quinto-En materia de **intereses**,procede condenar a la entidad demandada a abonar los intereses del artículo 20 LCS.

A este respecto,recordemos la sentencia del TS, Sala de lo Civil, recaída con el nº 234/2021, de 29 de abril de 2021, que reitera la jurisprudencia sobre la materia y condena a la aseguradora a abonar los intereses del art. 20 LCS, dado que se trata de un verdadero contrato de asistencia sanitaria y no de un mero reintegro de los gastos médico-quirúrgicos y señala lo siguiente:

"La obligación asumida por la demandada se enmarca en el art. 105 de la LCS , según el cual "si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan". La entidad demandada responde de los servicios prestados dentro del marco del precitado seguro con la obligación de garantizar a los beneficiarios una correcta atención.

Esta Sala ha establecido que las entidades de seguros de asistencia sanitaria son deudoras de los intereses del art. 20



de la LCS , como manifestación más próxima podemos citar las sentencias 556/2019, de 22 de octubre y 503/2020, de 5 de octubre , que reproduce la anterior, en aquélla razonamos:

"Entrando, por tanto, a conocer del recurso, debe recordarse que la sentencia del pleno de esta Sala 64/2018, de 6 de febrero , se pronunció sobre la cuestión planteada el mismo.

Tras un análisis detallado de los precedentes más significativos (especialmente la sentencia 438/2009, de 4 de junio , citada por la parte recurrente) el pleno de la sala concluyó que, tratándose de seguros de asistencia sanitaria (no de reintegro de los gastos médico-quirúrgicos) y existiendo una condena firme de la aseguradora sanitaria con base en el art. 1903.4 CC , pero por razón del contrato de seguro y fundada en el incumplimiento de sus obligaciones contractuales -en tanto que estas comprendían no solo la obligación de prestar los servicios médicos a sus afiliados sino también "la obligación de garantizarles una correcta atención"-, la consecuencia de todo ello y de la producción de un daño resarcible en el patrimonio del asegurado tras la verificación del siniestro o la materialización del riesgo debía ser la aplicación del recargo por mora del art. 20 LCS a los seguros de asistencia sanitaria, porque este precepto "no piensa únicamente en el incumplimiento de la prestación característica e inmediata del asegurador, sino que alcanza a todas las prestaciones convenidas vinculadas al contrato de seguro de asistencia, en virtud del cual se la condena"".

Procede, en consecuencia, estimar el recurso de casación interpuesto, casar la sentencia de la Audiencia y, en consecuencia, condenar a la demandada a abonar a la parte actora, como beneficiaria de la cobertura de asistencia sanitaria, los precitados intereses, en virtud del conjunto argumental antes expuesto."



Cabe añadir, en dicho sentido, que no cuestiona la recurrente la aplicación de tal interés más allá del alegato de no tratarse de un contrato de seguro, es decir, no pide subsidiariamente que, de considerarse que es una cobertura de asistencia sanitaria que permite aplicar tal interés, estaríamos en un caso de exclusión del mismo ex art. 20.8 de la LCS, por lo que no procede analizar tal posibilidad. Bien entendido que no es excluyente de la mora la mera judicialización, pues para serlo habría de haberse fundado en razones convincentes que avalaran la reticencia de la compañía a liquidar puntualmente el siniestro, lo que, como se ha expuesto, no se invoca siquiera en el recurso, y, en cualquier caso, tampoco se deriva de los autos. En este sentido, decía el TS en la tan citada sentencia:

"Es reiterada jurisprudencia de la sala la que viene proclamando sin fisuras que dichos intereses ostentan un carácter marcadamente sancionador, imponiéndose una interpretación restrictiva de las causas justificadas de exoneración del deber de indemnizar, al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (sentencias 743/2012, de 4 de diciembre ; 206/2016, de 5 de abril ; 514/2016, de 21 de julio ; 456/2016, de 5 de julio ; 36/2017, de 20 de enero ; 73/2017, de 8 de febrero ; 26/2018, de 18 de enero ; 56/2019, de 25 de enero ; 556/2019, de 22 de octubre y 419/2020, de 13 de julio).

En congruencia con ello, se ha proclamado que sólo concurre la causa justificada del art. 20.8 de la LCS , en los específicos supuestos en que se hace necesario acudir al proceso para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar; esto es, cuando la resolución judicial deviene imprescindible para

Ahora bien, como es natural, la mera circunstancia de judicializarse la reclamación, ante la negativa de la aseguradora de hacerse cargo del siniestro, no puede dejar sin efecto la aplicación del art. 20 de la LCS , pues en tal caso su juego normativo quedaría desvirtuado y su aplicación subordinada a la oposición de las compañías de seguro. Es decir, la judicialización, excluyente de la mora, habrá de hallarse fundada en razones convincentes que avalen la reticencia de la compañía a liquidar puntualmente el siniestro; dado que no ha de ofrecer duda que acudir al proceso no permite presumir la racionalidad de la oposición a indemnizar, puesto que no se da un enlace preciso y directo, conforme a las directrices de la lógica, entre ambos comportamientos con trascendencia jurídica."

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

Que estimando la demanda presentada por la representación de
D. _____ y Dña. _____ contra la
entidad _____ / _____ debo

Fecha de notificación: 05/09/2025

Fecha Envío Lexnet: 05/09/2025

1ª INSTANCIA Nº 9 - ORD - 395/2023



condenar y condeno a la entidad demandada a abonar a los actores la cantidad de **210.800 euros**, más los intereses del artículo 20 LCS y las costas del procedimiento.

Notifíquese la presente resolución a las partes, instruyéndoles que la misma no es firme y contra ella cabe interponer RECURSO DE APELACIÓN en el plazo de VEINTE DÍAS siguientes a su notificación ante la Ilma. Audiencia Provincial de Palma de Mallorca, previa la constitución del DEPÓSITO previsto en la LO 1/2009 de 3 de noviembre de modificación de la LOPJ.

Así por esta mi Sentencia, de la que se llevará testimonio íntegro a los autos originales, y definitivamente juzgando en primera Instancia, lo pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN. La anterior Sentencia fue leída y publicada en el día de su fecha por la misma Juez que la dictó, mientras se encontraba constituida en Audiencia Pública.- 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 tutelar o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.