



Roj: **STS 4947/2025 - ECLI:ES:TS:2025:4947**

Id Cendoj: **28079110012025101553**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **05/11/2025**

Nº de Recurso: **5019/2020**

Nº de Resolución: **1581/2025**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **PEDRO JOSE VELA TORRES**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SJPI, Granada, núm. 1, de 11/4/2019 (proc. 394/2017) ,
SAP GR 317/2020,
ATS 14603/2022,
STS 4947/2025**

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 1.581/2025

Fecha de sentencia: 05/11/2025

Tipo de procedimiento: CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL

Número del procedimiento: 5019/2020

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 29/10/2025

Ponente: Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres

Procedencia: AUD.PROVINCIAL DE GRANADA SECCION N. 4

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

Transcrito por: MAJ

Nota:

CASACIÓN E INFRACCIÓN PROCESAL núm.: 5019/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Juan Manuel Ávila de Encío

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 1581/2025

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Rafael Sarazá Jimena

D. Pedro José Vela Torres

D.ª Nuria Auxiliadora Orellana Cano

D. Fernando Cerdá Alberó

En Madrid, a 5 de noviembre de 2025.

Esta Sala ha visto los recursos de casación interpuestos por:

Zurich Insurance PLC, representada por la procuradora D.^a Adela Cano Lantero y bajo la dirección letrada de D. Julio Albi Nuevo y D. Eduardo Asensi Pallarés.

Sanatorio Nuestra Señora de la Salud S.A., representada por el procurador D. Rafael García-Valdecasas Conde y bajo la dirección letrada de D. Iñigo Cid-Luna Clares.

D. Ruperto , D. Edmundo y Agrupación Mutual Aseguradora (AMA), representados/a por el procurador D. Ignacio Requejo García de Mateo, bajo la dirección letrada de D.^a María Ofelia De Lorenzo Aparici.

Y el recurso extraordinario por infracción procesal y el recurso de casación interpuestos por SegurCaixa Adeslas S.A., representada por la procuradora D.^a Consuelo Rodríguez Chacón y bajo la dirección letrada de D. Maximiliano Pflüger Samper, contra la sentencia n.º 84/2020, de 22 de abril, dictada por la Sección 4.^a de la Audiencia Provincial de Granada, en el recurso de apelación núm. 390/2019, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario núm. 394/2017 del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Granada, sobre responsabilidad civil por negligencia médica.

Ha sido parte recurrida D. Calixto , D.^a Juana y D. Gonzalo , representados por la procuradora D.^a Rocío García-Valdecasas Luque y bajo la dirección letrada de D. Ernesto Julio Osuna Martínez.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Pedro José Vela Torres.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.-La procuradora D.^a Rocío García-Valdecasas Luque, en nombre y representación de D. Calixto , D.^a Juana y D. Gonzalo , como únicos integrantes de la herencia yacente de D.^a Candida , interpuso demanda de juicio ordinario contra la compañía de seguros Adeslas S.A. (hoy SegurCaixa), Sanatorio de Nuestra Señora de la Salud de Granada S.A., Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., Grusemer S.L., D. Edmundo , D. Ruperto y Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.), en la que solicitaba se dictara sentencia:

«en que, con estimación íntegra de la misma, se les condena solidariamente a pagar a mis representados la cantidad de 1.770.343,16 € (un millón setecientos setenta mil, trescientos cuarenta y tres euros y dieciséis céntimos de euro), que para las aseguradoras demandadas serán los del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, con expresa imposición de costas a los demandados».

2.-La demanda fue presentada el 4 de abril de 2017 y repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Granada, se registró con el núm. 394/2017. Una vez admitida a trámite, se emplazó a las partes demandadas.

3.-La procuradora D.^a Sonia Escamilla Sevilla, en representación de Agrupación Mutual Aseguradora AMA, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba:

«[...] se dicte Sentencia por la que bien por estimación de excepción alegada, bien por no ser ciertos ni los hechos de aquella, ni de aplicación los fundamentos en que la basa, se desestime aquella, y se absuelva libremente de ella a mi mandante, con expresa imposición a la actora de las costas causadas.»

4.-El procurador D. Carlos Alameda Ureña, en representación de Adeslas S.A. de Seguros y Reaseguros, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda, con expresa condena en costas a la actora.

5.-La procuradora D.^a Sonia Escamilla Sevilla, en representación de D. Ruperto , contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación de la demanda, con expresa condena en costas a la parte actora.

6.-La procuradora D.^a Carolina Cachón Quero, en representación de Zurich Global Insurance PLC, sucursal en España, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda, con expresa imposición de costas a la demandante.

7.-El procurador D. Rafael García-Valdecasas Conde, en representación de Sanatorio Nuestra Señora de la Salud S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda, con expresa condena en costas a la demandante.

8.-La procuradora D.^a Amparo Salazar Revuelta, en representación de Grusemer S.L., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación íntegra de la demanda con condena en costas a la parte actora.

9.-La procuradora D.^a Sonia Escamilla Sevilla, en representación de D. Edmundo, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba la desestimación de la demanda, con expresa imposición de las costas a la parte actora.

10.-Tras seguirse los trámites correspondientes, la magistrada-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 1 de Granada dictó sentencia n.º 50/2019, de 11 de abril, con la siguiente parte dispositiva:

«DESESTIMO íntegramente la demanda interpuesta por Don Calixto, Doña Juana y Don Gonzalo frente a don Edmundo y a Don Ruperto, el Hospital Vithas Nuestra Señora de la Salud, la compañía de SegurCaixa Adeslas, S.A. de seguros generales y reaseguros, la mercantil GRUSEMER S.L. y la entidad Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A.) así como la entidad Zurich España, compañía de seguros y reaseguros S.A. y debo efectuar los cientos pronunciamientos:

»Primero.- Absuelvo a los demandados de todos los pedimentos deducidos de contrario.

»Segundo.- No ha lugar a la imposición de costas a parte alguna.»

11.-La parte demandante solicitó el complemento de la anterior sentencia, que fue desestimado mediante auto por el Juzgado.

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.-La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de los demandantes.

2.-La resolución de este recurso correspondieron a la sección 4.^a de la Audiencia Provincial de Granada, que lo tramitó con el número de rollo 390/2019 y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 22 de abril de 2020, cuya parte dispositiva dispone:

«Esta Sala ha decidido revocar la sentencia dictada por el Juzgado de 1.^a Instancia n.º 1 de esta ciudad y, estimando parcialmente la demanda, debemos condenar solidariamente a los demandados a pagar a la parte actora la suma de 991.712,27 €. Las aseguradoras Agrupación Mutual Aseguradora y Zurich España S.A. responderán hasta el límite de la cobertura por asegurado y siniestro, de acuerdo con el fundamento jurídico 5º de la presente resolución. Las aseguradoras demandadas deberán abonar los intereses del Art. 20 de la LCS a contar desde la fecha del siniestro. Todo ello sin hacer imposición de las costas de ambas instancias y dando al depósito para recurrir el destino que legalmente corresponda.»

3.-La Audiencia Provincial, a instancia de la procuradora Sra. Cachón Quero, dictó auto de aclaración de la anterior sentencia cuya parte dispositiva es:

«La Sala acuerda aclarar la sentencia en cuanto a las aseguradoras a que se condena al pago de los intereses del art. 20 de la LCS, que resultan ser AMA, Zurich y Segurcaixa Adeslas.»

TERCERO.- *Interposición y tramitación del recurso extraordinario por infracción procesal y del recurso de casación*

1.-La procuradora D.^a Carolina Cachón Quero, en representación de Zurich Insurance PLC Sucursal en España, interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

»Primero.- Infracción del art. 1902 del Código Civil por errónea aplicación de la teoría del daño desproporcionado.

»Segundo.- Oposición de la sentencia 84/20 dictada por la Secc. 4.^a de la Audiencia Granada al art. 73 párrafo primero de la Ley del Contrato de Seguro.

»Tercero.- Infracción del art. 20.8 de la Ley del Contrato de Seguro.

»Cuarto.- Infracción del art. 20.6 párrafo tercero de la Ley del Contrato de Seguro.»

2.-El procurador D. Rafael García-Valdecasas Conde, en representación de Sanatorio Nuestra Señora de la Salud S.A., interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso fueron:

«Primero.- Infracción del art. 1.903 CC, por aplicación indebida del citado precepto al no concurrir la premisa necesaria, esto es, la existencia de relación de dependencia entre el codemandado D. Edmundo y el SANATORIO NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD.

»Segundo.- Infracción del art. 26 de la Ley General para la defensa de consumidores y usuarios por aplicación indebida del citado precepto pues consta acreditado que se cumplió con la diligencia que exige la prestación del servicio sanitario reprochado, no existiendo además influencia en el daño.»

3.-La procuradora D.^a Sonia Escamilla Sevilla, en representación de D. Ruperto, D. Edmundo y Agrupación Mutual Aseguradora (AMA), interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso fueron:

«Primero.- Al amparo del artículo 477.2.2 por infracción del artículo 1902 del Código Civil en relación con la doctrina del daño desproporcionado.

»Segundo.- Al amparo del artículo 477.2.2 por infracción del artículo 1902 del Código Civil por oposición a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo en materia de prohibición de regreso.

»Tercero.- Al amparo del artículo 477.2.2 por infracción del artículo 20.8 de la Ley de Contrato de Seguros y de la jurisprudencia del Tribunal Supremo al existir causa justificada para no imponer estos intereses agravados.

»Cuarto.- Al amparo del artículo 477.2.2 por infracción del artículo 20.6 párrafo tercero de la Ley de Contrato de Seguros y de la jurisprudencia del Tribunal Supremo al existir causa justificada para no imponer estos intereses agravados.»

4.-El procurador D. Pablo Alameda Gallardo, en representación de SegurCaixa Adeslas S.A. de Seguros y Reaseguros, interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y recurso de casación.

Los motivos del recurso extraordinario por infracción procesal fueron:

«Primero.- Al amparo del artículo 469.1.3 por infracción del artículo 217 de la LEC, se interesa un pronunciamiento conforme se declare que la sentencia de apelación ha incurrido en infracción del citado precepto por incorrecta aplicación de la carga de la prueba atribuida a las partes.

»Segundo.- Al amparo del artículo 469.1.3 LEC por haber realizado una valoración de la prueba arbitraria, ilógica y absurda de la prueba en relación con los artículos 317, 336 y 348 de la LEC y artículo 24 CE. se interesa un pronunciamiento conforme se declare que la sentencia de apelación ha incurrido en valoración arbitraria, ilógica y absurda de la prueba al haber valorado como periciales, prueba que fue admitida como documental.

»Tercero.- Al amparo del artículo 469.1.4 LEC por haber realizado una valoración de la prueba arbitraria, ilógica y absurda en relación con el artículo 24 CE. [...]»

Los motivos del recurso de casación fueron:

«Primero.- Al amparo del artículo 477.2.3 por infracción de doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo en relación con la carga de la prueba, artículo 217 de la LEC y la doctrina del daño desproporcionado. La sentencia de apelación infringe la doctrina sentada en las sentencias 694/2010 de 29 octubre y sentencia 1624/2016 de 12 de abril de 2016.

»Segundo.- Al amparo del artículo 477.2.3 por infracción de doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo en relación con la carga de la prueba, artículo 1902 y 1903 del Código Civil y la doctrina del daño desproporcionado. La sentencia de apelación infringe la doctrina sentada en las sentencias 694/2010 de 29 octubre y sentencia 1624/2016 de 12 de abril de 2016.»

5.-Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 19 de octubre de 2022, cuya parte dispositiva es como sigue:

«Admitir los recursos de casación interpuestos por las representaciones procesales de Zurich Insurance PLC, Sanatorio Nuestra Señora De La Salud S.A., y D. Ruperto, D. Edmundo y Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) y el recurso de casación y extraordinario por infracción procesal interpuesto por la representación procesal de SegurCaixa Adeslas S.A., contra la sentencia dictada con fecha 22 de abril de 2020, por la Audiencia Provincial de Granada (Sección 4.^a), en el rollo de apelación 390/2019, dimanante de los autos de juicio ordinario núm. 394/2017 del Juzgado de Primera Instancia núm. 1 de Granada.»

6.-Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

7.-Al no solicitarse por las partes la celebración de vista pública se señaló para votación y fallo el 29 de octubre de 2025, en que tuvo lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Resumen de antecedentes*

1.-El 18 de septiembre de 2006, Dña. Candida , de 56 años de edad, fue sometida una intervención quirúrgica para la extirpación del bocio multimodular de crecimiento endotorácico (bocio de grado III, de carácter benigno), por el cirujano D. Ruperto , en el hospital Nuestra Señora de la Salud, de Granada.

2.-En esa fecha, el hospital tenía concertada una póliza de responsabilidad civil profesional sanitaria con la compañía de seguros Adeslas.

3.-Concluida la intervención quirúrgica, la paciente pasó a la unidad de cuidados intensivos del mismo hospital, a cargo del médico intensivista D. Edmundo .

4.-Durante la noche de ese día y la madrugada del siguiente, surgieron complicaciones que motivaron que el mismo cirujano tuviera que realizar durante la mañana del 19 de septiembre una nueva intervención quirúrgica.

5.-La Sra. Candida permaneció en el hospital hasta el 13 de noviembre de 2006, con un profundo deterioro neurológico por encefalopatía post anóxica.

6.-El 13 de noviembre de 2006, la paciente fue trasladada al hospital Infanta Luisa, de Sevilla, para recibir neurorrehabilitación, donde permaneció hasta el 14 de marzo de 2008, en que, tras arrendar su familia un piso en Sevilla fue llevada al mismo, donde continuó el tratamiento.

7.-Concluido el tratamiento pautado, la Sra. Candida regresó a su domicilio de Granada, donde permaneció con asistencia permanente de terceras personas hasta que falleció el 7 de junio de 2011.

8.-Por estos hechos se siguió un procedimiento penal que concluyó con sentencia absolutoria firme de 30 de marzo de 2016.

9.-D. Calixto , Dña. Juana y D. Gonzalo , esposo e hijos de la Sra. Candida , interpusieron una demanda de responsabilidad civil contra los facultativos D. Edmundo y D. Ruperto y su aseguradora de responsabilidad civil profesional Agrupación Mutual Aseguradora (AMA); el hospital Nuestra Señora de la Salud y su aseguradora Zurich S.A.; Segurcaixa Adeslas S.A.; y Grusemer S.L., empresa subcontratada para la gestión de la UCI; en la que solicitaron una indemnización de 1.842.823,47 euros, como consecuencia de la mala praxis sanitaria y asistencial que imputaban a los demandados.

10.-La sentencia de primera instancia desestimó la demanda, al considerar que no se había acreditado mala praxis en ningunos de los dos médicos demandados.

11.-Los demandantes formularon un recurso de apelación contra dicha sentencia, que fue estimado en parte por la Audiencia Provincial, que condenó solidariamente a los demandados a indemnizar a la parte actora en la suma de 991.712, 27 euros, previa declaración de que las aseguradoras AMA y Zurich responderán hasta el límite de la cobertura por asegurado y siniestro, y a las tres aseguradoras al pago de los intereses del art. 20 LCS desde la fecha del siniestro.

12.-La sentencia de la Audiencia Provincial ha sido recurrida por las partes demandadas, mediante sendos recursos extraordinarios por infracción procesal y de casación.

Los recursos de casación de las aseguradoras contienen uno o varios motivos relativos a la imposición de los intereses del art. 20 LCS que se resolverán conjuntamente para dar una respuesta común y evitar inútiles reiteraciones.

Recurso extraordinario por infracción procesal de SegurCaixa Adeslas

SEGUNDO.- *Primer motivo de infracción procesal. Carga de la prueba*

1.- Planteamiento: El primer motivo de infracción procesal, formulado al amparo del art. 469.1.3º LEC, denuncia la infracción del art. 217 LEC, en cuanto a la reglas de la carga de la prueba.

En el desarrollo del motivo, la parte recurrente alega, resumidamente, que la sentencia recurrida estima en parte la demanda por aplicación de la denominada teoría del daño desproporcionado y no por la acreditación de la infracción de la *lex artis* por parte de los demandados. Al contrario, la base de la decisión es que se acreditó por los demandados que su actuación fue correcta.

El argumento de la sentencia sobre la existencia de un daño desproporcionado implica invertir la carga de la prueba, pues parte de que la intervención carecía de complejidad, cuando en el consentimiento informado se advertía del riesgo de mortalidad y de la posibilidad de que el edema sofocante produjera anoxia.

2.- Decisión de la Sala: El primer motivo de infracción procesal debe ser desestimado por las razones que exponemos a continuación.

En los supuestos de responsabilidad civil médica, la regla general es que la carga de la prueba corresponde a quien reclama, al quedar descartada cualquier manifestación de responsabilidad objetiva (sentencias 992/2005, de 24 de noviembre; 508/2008, de 10 de junio; 778/2009, de 20 de noviembre; y 908/2024, de 24 de junio; entre otras muchas). No es al médico a quien corresponde demostrar su ausencia de contribución personal en la génesis del resultado producido, a modo de inversión de la carga de la prueba, sino que quien reclama debe acreditar cumplidamente la infracción de la *lex artis ad hoc* por parte del personal sanitario que prestó la asistencia médica dispensada, así como la relación causal entre su intervención y el desenlace dañoso producido (sentencia 357/2011, de 1 de junio). Como afirmó la sentencia 112/2018, de 6 de marzo:

«En el ámbito de la responsabilidad del profesional médico debe descartarse la responsabilidad objetiva y una aplicación sistemática de la técnica de la inversión de la carga de la prueba, desaparecida en la actualidad de la LEC, salvo para supuestos debidamente tasados (art. 217.5 LEC). El criterio de imputación del art. 1902 CC se funda en la culpabilidad y exige del paciente la demostración de la relación o nexo de causalidad y la de la culpa en el sentido de que ha quedar 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 (sentencias 508/2008, 10 de junio; 778/2009, de 20 de noviembre 2009; 475/2013, de 3 de julio, entre otras)».

3.-No obstante, habida cuenta la dificultad que para el paciente puede suponer el cumplimiento de las exigencias sobre la prueba de la negligencia médica y del correlativo nexo causal, en tanto que la actuación clínica se encuentra en la esfera de actuación y dominio de los profesionales de la medicina, y en determinadas ocasiones tiene lugar en ámbitos reservados, como un quirófano o un paritorio, la propia jurisprudencia ha admitido paliativos en el rigor probatorio de la demostración de los presupuestos de la responsabilidad civil, mediante la aplicación del principio de facilidad y disponibilidad probatoria, recogido en el art. 217.7 LEC.

Conforme a ese principio, la Audiencia Provincial, al valorar la abundante prueba practicada, concluyó que no se había ofrecido una explicación racional sobre el resultado tan grave de una intervención quirúrgica que, a criterio del tribunal, no debía tener unas consecuencias tan dañinas, por lo que aplicó la denominada teoría del daño desproporcionado.

4.-Es cierto que la teoría del daño desproporcionado presenta unos perfiles que afectan a la carga de la prueba, pues por un lado implica que el facultativo deba dar una explicación racional de la causa del daño y por otro supone que el paciente deba probar la desproporción del daño. Pero, en todo caso, no constituye una presunción judicial de la culpa del médico, por cuanto este puede probar la ruptura del nexo causal entre su conducta y el daño. En palabras de la sentencia 240/2016, de 12 de abril:

«La existencia de un daño desproporcionado incide en la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el "*onus probandi*" de la relación de causalidad y la presunción de culpa».

En este contexto, la doctrina del daño desproporcionado es uno de los mecanismos de facilitación de la prueba para el paciente, sin que ello implique la alteración del principio básico de responsabilidad civil por culpa, sino que ha de ser entendido como un mecanismo corrector de las fuentes de prueba: al perjudicado le corresponderá probar el daño y su desproporción, y al médico le competará acreditar no tanto su correcta actuación como la ruptura del nexo causal y, sobre todo, la inexistencia del daño desproporcionado por tener la lesión correspondencia con los riesgos propios de la actuación médica.

El daño desproporcionado no supone ni responsabilidad objetiva ni inversión de la carga de la prueba, sino una modalidad del principio de facilidad probatoria, en cuanto que es más lógico que sean los facultativos quienes puedan ofrecer una explicación al daño sufrido como consecuencia de un acto médico. Esta aplicación de la facilidad probatoria en la materia la describió muy gráficamente la sentencia 1022/1996, de 2 de diciembre:

«el deber procesal de probar recae, también, y de manera muy fundamental, sobre los facultativos demandados, que por sus propios conocimientos técnicos en la materia litigiosa y por los medios poderosos a su disposición gozan de una posición procesal mucho más ventajosa que la de la propia víctima, ajena al entorno médico y, por ello, con mucha mayor dificultad a la hora de buscar la prueba, en posesión muchas veces sus elementos de los propios médicos o de los centros hospitalarios a los que, qué duda cabe, aquéllos tienen mucho más fácil acceso por su profesión».

5.- Sensus contrario, lo que sería inadmisibile sería cargar al perjudicado con el gravamen de explicar un resultado que en medicina puede ser ciertamente complejo. Como declaró la sentencia 403/2013, de 18 de junio, reproducida por la sentencia 904/2024, de 24 de junio:

«[n]o resultaría lógico exigir al perjudicado que acredite, salvo la realidad del daño, circunstancias y causas que les son ajenas, y que están al alcance, en cambio, del médico, en la forma que en la actualidad establece el artículo 217.6 de la LEC, sobre la facilidad probatoria, pues a su cargo, y no al del paciente, estaba la prueba de una documentación de la que disponía, la de ofrecer una explicación satisfactoria de que esta no apareciera, o la de negar su eficacia en el origen del daño, puesto que le era posible hacerlo.

»El principio de facilidad probatoria hace recaer las consecuencias de la falta de prueba sobre la parte que se halla en una posición prevalente o más favorable por la disponibilidad o proximidad a su fuente».

6.-En consecuencia, no ha existido como tal inversión de la carga de la prueba, sino modulación del principio de facilidad probatoria en función de la desproporción del daño apreciada por la Audiencia Provincial.

En todo caso, la calificación de lo sucedido como daño desproporcionado es una calificación jurídica, con las consecuencias a ello inherentes respecto de la determinación de la responsabilidad civil de los demandados, que habrá de ser revisada desde un punto de vista sustantivo y no procesal.

TERCERO.- Segundo motivo de infracción procesal. Error en la valoración de la prueba documental

1.- Planteamiento: El segundo motivo de infracción procesal, formulado al amparo del art. 469.1.3º LEC, denuncia la infracción de los arts. 317, 336 y 348 LEC, en relación con el art. 24 CE, en cuanto a la valoración de la prueba documental.

Al desarrollar el motivo, la parte recurrente aduce, sintéticamente, que la Audiencia Provincial valora una prueba documental (los informes médicos obrantes en el precedente proceso penal) como si se tratara de una prueba pericial, con el consiguiente resultado arbitrario e ilógico.

2.- Decisión de la Sala: El segundo motivo de infracción procesal debe ser desestimado por las razones que se exponen a continuación.

En primer lugar, en un recurso extraordinario de infracción procesal, la supuesta valoración errónea de la prueba debe denunciarse por el cauce del art. 469.1.4º LEC y no por el del art. 469.1.3º, que solo se refiere a infracciones procedimentales.

En segundo lugar, en nuestro sistema procesal rige el principio de valoración conjunta de la prueba, por lo que es artificioso pretender que las pruebas se valoren de manera estanca y como si no estuvieran relacionadas las unas con las otras. Por más que los dictámenes emitidos en el proceso penal se hayan aportado al procedimiento civil como pruebas documentales, en cuanto que eran informes escritos incorporados a otro procedimiento judicial, no dejan de tener un contenido pericial en sentido lato, en cuanto que reflejan conocimientos técnicos y profesionales pertinentes para la resolución del litigio. Por lo que, cuando menos, debían recibir un tratamiento comparativo y de contraste con los otros dictámenes directamente emitidos en el proceso civil, como hace correctamente la sentencia recurrida.

Por último, aunque es cierto que los dictámenes médicos aportados como prueba documental no reúnen en sentido estricto las características de la prueba pericial regulada en la LEC, no se comprende porqué se achaca a la Audiencia Provincial que no haya valorado los informes procedentes del proceso penal conforme a las reglas de la sana crítica, cuando basta con leer la sentencia recurrida para comprobar que se hace un análisis racional de todos los informes médicos -documentales y periciales- emitidos en relación con el caso. Y lo que es más importante, el tribunal de apelación no valoró *ex novo* esos informes médicos, puesto que obraban en las actuaciones desde la primera instancia, por lo que las partes pudieron alegar sobre ellos y debatir sobre su correcta valoración e influencia en el resultado del pleito.

CUARTO.- Tercer motivo de infracción procesal. Error en la valoración de la prueba pericial

1.-Planteamiento: El tercer motivo de infracción procesal, formulado al amparo del art. 469.1.4º LEC, denuncia la infracción del art. 24 CE, por haber realizado la Audiencia Provincial una valoración arbitraria, ilógica y absurda de las pruebas.

En el desarrollo del motivo, la parte recurrente arguye, sintéticamente, que la sentencia recurrida incurre en un error patente al no considerar que no hubo sangrado excesivo, signos de asfixia ni edema, ni que, conforme al protocolo, se le colocó a la paciente una mascarilla faríngea y no una simple mascarilla.

2.- Decisión de la Sala: Este tercer motivo de infracción procesal debe seguir la misma suerte desestimatoria que los anteriores, por lo que se expone a continuación.

En las sentencias de esta sala 418/2012, de 28 de junio, 262/2013, de 30 de abril, 44/2015, de 17 de febrero, 303/2016, de 9 de mayo, 411/2016, de 17 de junio, 208/2019, de 5 de abril; 141/2021, de 15 de marzo; 59/2022, de 31 de enero; y 391/2022, de 10 de mayo (entre otras muchas), tras reiterar la excepcionalidad de un control, por medio del recurso extraordinario por infracción procesal, de la valoración de la prueba efectuada por el tribunal de segunda instancia, recordamos que no todos los errores en la valoración probatoria tienen relevancia a estos efectos, dado que es necesario que concurren, entre otros requisitos, los siguientes: 1º) que se trate de un error fáctico, -material o de hecho-, es decir, sobre las bases fácticas que han servido para sustentar la decisión; y 2º) que sea patente, manifiesto, evidente o notorio, lo que se complementa con el hecho de que sea inmediatamente verificable de forma incontrovertible a partir de las actuaciones judiciales.

3.-No es correcto mantener que el fallo condenatorio se base únicamente en esos supuestos errores, ni en unos determinados informes médicos (los de los doctores Carlos Alberto y Marcos). Por el contrario, la sentencia recurrida realiza una valoración contrastada de los distintos informes periciales aportados por una y otra parte, así como los dictámenes procedentes del previo proceso penal, e incluso transcribe los apartados que considera más relevantes. Es más, también tiene en consideración las propias manifestaciones de los facultativos demandados, que al fin y a la postre son especialistas en la materia. Y a la luz de unos y otros informes y de los datos resultantes en conjunto, en uso de las reglas de la sana crítica, extrae las conclusiones que considera oportunas, sin que se aprecie la arbitrariedad que denuncia la recurrente.

No resulta que la Audiencia Provincial contradiga datos fácticos evidentes, realice apreciaciones contrarias a las reglas de la común experiencia, tergiversar las conclusiones periciales de forma ostensible, o se aparte de su contenido (sentencias 58/2010, de 19 febrero; 28/2013, de 30 de enero; 163/2016, de 16 de marzo; 460/2016, de 5 de julio; 141/2021, de 15 de marzo; y 514/2023, de 18 de abril, entre otras).

La enumeración de los supuestos errores que hace el motivo sobre el sangrado, el edema sofocante o el tipo de mascarilla es impropia de un recurso de esta naturaleza, máxime cuando lo que expresa es una simple discordancia con las conclusiones del tribunal, con el que pretende polemizar.

4.-En todo caso, como ya hemos adelantado, debe tenerse presente que la conclusión sobre la existencia de un daño desproporcionado es más jurídica que fáctica.

Recurso de casación de SegurCaixa Adeslas

QUINTO.- *Primer motivo de casación. Desestimación por defectuosa formulación*

1.-Planteamiento: El primer motivo de casación denuncia la infracción de la jurisprudencia del Tribunal Supremo en relación con la carga de la prueba, art. 217 LEC, y la doctrina del daño desproporcionado sentada en las sentencias 694/2010, de 29 de octubre, y 1624/2016, de 12 de abril.

En el desarrollo del motivo, la parte recurrente alega que es jurisprudencia consolidada que, en casos como el presente en que el riesgo materializado como consecuencia de un acto médico es un riesgo inherente al acto médico, no resulta de aplicación la denominada teoría del daño desproporcionado. Precisamente porque el daño desproporcionado es aquel no previsto ni explicable en la esfera de la actuación profesional médico-sanitaria.

2.- Decisión de la Sala: El primer motivo de casación debe ser desestimado por estar defectuosamente formulado.

El motivo incumple el requisito esencial de citar como infringida una norma sustantiva. Por el contrario, cita una norma procesal (el art. 217 LEC) y es un trasunto del primer motivo de infracción procesal formulado por la propia parte.

Según hemos declarado, por ejemplo, en las sentencias 108/2017, de 17 de febrero, 91/2018, de 19 de febrero, 18/2021, de 14 de enero, 147/2024, de 6 de febrero, o 1058/2024, de 22 de julio, entre otras muchas, el recurso de casación, conforme al art 477 LEC, en su redacción vigente por razones temporales, ha de basarse en una concreta infracción de una determinada norma jurídica sustantiva aplicable en la resolución de las cuestiones objeto de infracción. Y como ha venido insistiendo esta sala, es esencial identificar esa norma jurídica sustantiva infringida al exponer el motivo de casación. Como afirmamos en la sentencia 399/2017, de 27 de junio:

«Constituye una exigencia mínima de la formulación de los motivos de casación, como hemos recordado recientemente en el acuerdo sobre los criterios de admisión de los recursos de casación, que se identifique con claridad la norma infringida. No hacerlo así, además de que impide pueda cumplirse la finalidad del recurso, confunde la casación con una nueva revisión del caso como si de una tercera instancia se tratara».



Ello responde a que no es posible transformar la casación en una tercera instancia, a fin de que sea la Sala la que, supliendo la actividad que la norma atribuye a la parte, investigue si el agravio denunciado deriva de una infracción sustantiva, identifique la norma vulnerada y construya la argumentación del recurso a fin de precisar en qué y porqué resulta infringido el derecho aplicable a la decisión del caso.

3.-En consecuencia, la inadmisibilidad de este motivo de casación conlleva en esta fase procesal su desestimación, ya que las causas de inadmisión devienen en causas de desestimación del motivo (sentencias de esta sala 72/2009, de 13 de febrero; 33/2011, de 31 de enero; 564/2013, de 1 de octubre; 546/2016, de 16 de septiembre; 25/2017, de 18 de enero; 108/2017, de 17 de febrero; 146/2017, de 1 de marzo; 557/2018, de 9 de octubre; y 1058/2024, de 22 de julio).

A lo que no obsta que en su día el motivo fuera admitido a trámite, dado el carácter provisorio de dicha admisión inicial, por hallarse sujeta a un examen definitivo en la sentencia (sentencias 97/2011, de 18 de febrero; 548/2012, de 20 de septiembre; 109/2017, de 17 de febrero; 487/2018, de 12 de septiembre; y 1058/2024, de 22 de julio; entre otras). El Tribunal Constitucional ha afirmado en numerosas resoluciones que «la comprobación de los presupuestos procesales para la viabilidad de la acción puede volverse a abordar o reconsiderarse en la sentencia, de oficio o a instancia de parte, dando lugar, en su caso, a un pronunciamiento de inadmisión por falta de tales presupuestos» (por todas, SSTC 32/2002, de 11 de febrero; 204/2005, de 18 de julio; 237/2006, de 17 de julio; 7/2007, de 15 de enero; 28/2011, de 14 de marzo; 29/2011 de 14 de marzo; 69/2011, de 16 de mayo; 200/2012, de 12 de noviembre; y 26/2023, de 17 de abril).

SEXTO.- Segundo motivo de casación. Daño desproporcionado. Posibilidad de explicación causal del resultado. Doctrina de la equivalencia de los resultados o carencia de efecto útil

1.-Planteamiento: El segundo motivo de casación denuncia la infracción del art. 217 LEC, por infracción de la carga de la prueba, y de los arts. 1902 y 1903 CC y la doctrina del daño desproporcionado, conforme a las sentencias de esta sala 694/2010, de 29 de octubre, y 1624/2016, de 12 de abril.

En el desarrollo del motivo, la parte recurrente argumenta, sintéticamente, que el riesgo materializado como consecuencia de un acto médico es un riesgo inherente al propio acto, por lo que no resulta de aplicación la denominada teoría del daño desproporcionado. El art. 1902 CC exige que se acredite la mala praxis, la acción y omisión en que se hubiera incurrido, y que haya supuesto la generación del daño. La doctrina del daño desproporcionado opera como una suerte de excepción a esa norma, por lo que no resulta aplicable cuando nos encontramos ante riesgos inherentes al acto quirúrgico.

En este caso, la complicación sufrida por la paciente y las secuelas que padeció son un riesgo inherente al acto médico, explicado y explicable por el propio acto, sin mediar actuación negligente alguna.

2.- Decisión de la Sala: El motivo debe ser desestimado conforme a lo que se expone a continuación.

Aunque el motivo vuelve a incurrir en el defecto de citar normativa procesal, también identifica las normas sustantivas que considera infringidas y, sobre todo, ataca la verdadera razón decisoria de la sentencia recurrida, que es la aplicación de la doctrina del daño desproporcionado.

3.-La denominada doctrina del daño desproporcionado se aplica en los casos de responsabilidad civil médica en los que se produce una discordancia o disonancia clamorosa o enorme entre el cuadro clínico correspondiente a la patología sufrida por el paciente o a la naturaleza de la intervención practicada y el resultado dañoso producido, que permite construir un juicio inferencial de que algo ha fallado (máximas de experiencia), del que nace la exigencia de que el equipo médico interviniente ofrezca una cumplida explicación de las razones por las que dicho resultado anómalo, que se apartó ostensiblemente del curso normal de las cosas, se ha producido. Fue el caso, por ejemplo, de la sentencia 1202/2002, de 18 de diciembre, en la que, tras extirpación de un carcinoma de mama, la paciente quedó en estado vegetativo, «sin que se hubieran ofrecido explicaciones convenientes por la entidad sanitaria».

Las sentencias 240/2016, de 12 de abril, 828/2021, de 30 de noviembre, y 731/2025, de 13 de mayo, compendian la jurisprudencia de esta sala sobre el concepto de daño desproporcionado en el ámbito de la responsabilidad civil médica:

«[...] la doctrina del daño desproporcionado o enorme, entendido como aquel suceso no previsto ni explicable en la esfera de la actuación del profesional médico que le obliga a acreditar las circunstancias en que se produjo por el principio de facilidad y proximidad probatoria. Se le exige una explicación coherente acerca del porqué de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implica la actividad médica y la consecuencia producida, de modo que la ausencia u omisión de explicación puede determinar la imputación, creando o haciendo surgir una deducción de negligencia. La existencia de un daño desproporcionado incide en

la atribución causal y en el reproche de culpabilidad, alterando los cánones generales sobre responsabilidad civil médica en relación con el "onus probandi" de la relación de causalidad y la presunción de culpa».

4.-Desde el punto de vista negativo, la citada sentencia 828/2021, de 30 de noviembre, advirtió que:

«no es daño desproporcionado el previamente advertido y que constituye riesgo típico de la intervención practicada, sin perjuicio de la responsabilidad del médico si incurrió en mala praxis debidamente constatada».

Es decir, no puede existir daño desproporcionado, por más que en la práctica lo parezca, cuando hay una causa que explica el resultado, al no poder atribuírseles cualquier consecuencia, por nociva que sea, que caiga fuera de su campo de actuación (sentencias 1163/2007, de 19 de octubre; y 534/2009, de 30 de junio).

5.-En este caso, no hacía falta acudir a la doctrina del daño desproporcionado, por más que el resultado pueda considerarse absolutamente inusitado, puesto que, conforme a la propia base fáctica fijada en la instancia, existe una relación causal clara y directa entre la negligencia de los facultativos demandados y el daño sufrido por la paciente.

Puede ser cierto que la aparición de un edema, incluso de un edema sofocante, sea una complicación previsible en este tipo de intervenciones de tiroides y que la paciente estaba advertida por el consentimiento informado de que, por determinadas complicaciones, la intervención quirúrgica a la que fue sometida, en determinadas circunstancias, podría tener riesgo vital.

Pero esta afirmación general queda totalmente empañada cuando se obvia que ya hubo una mala praxis inicial, y no se tiene en consideración que el sangrado activo derivó de la falta de ligadura, hemostasia o cauterio de un vaso sanguíneo antes de cerrar el campo operatorio, lo que provocó el lento pero continuado «babeo» de dicho vaso, que, sumado a la falta de vigilancia posterior, desembocó en los gravísimos daños que sufrió la paciente.

Además, no se trató de un simple edema, sino de un hematoma que se llega a describir como del tamaño de un «balón de balonmano», que cuando menos resulta llamativo que no fuera debidamente advertido a tiempo -durante horas- en una unidad de vigilancia intensiva. Hematoma, que tras pasar a ser sofocante, terminó produciendo una anoxia en la paciente, que le provocó en última instancia una tetraparesia con hipertonía.

Es decir, una cosa es que el hematoma y el sangrado puedan ser una consecuencia de una operación de tiroides, incluso con un resultado temible, de lo que estuviera advertida la paciente, y otra muy diferente que nos encontremos, no ante esa complicación previsible, sino ante la falta de sutura de un vaso sanguíneo y a partir de ahí, inclusive el [no] tratamiento en la UCI, se produzca una escalada de complicaciones posteriores que desemboque en que la paciente acabe en estado cuasi-vegetativo.

6.-En definitiva, el criterio básico de imputación de la responsabilidad civil médico-sanitaria estriba en la determinación de si el profesional se comportó con arreglo a las pautas o parámetros prescritos, según el estado actual de la ciencia, para la praxis médico-quirúrgica, lo que esta sala ha denominado *lex artis ad hoc*. Y es evidente que en el caso enjuiciado ha quedado acreditada una negligencia por la falta de sutura de un vaso sanguíneo por parte del cirujano y la deficiente atención posterior en la UCI, con las consecuencias posteriores ya reseñadas.

Es decir, el resultado dañoso fue producto de la imprudencia de ambos facultativos demandados, conforme a la base fáctica fijada en la instancia, incólume en casación: (i) la herida quirúrgica no se suturó debidamente, por lo que hubo un sangrado prolongado durante horas; (ii) ello dio lugar a un hematoma enorme que no fue advertido o atajado en la UCI con la prontitud necesaria; (iii) al contrario, las medidas terapéuticas adoptadas en la UCI fueron contraproducentes, al agravar la depresión respiratoria; y (iv) todo ello desembocó en una anoxia cerebral cuya consecuencia última fue una tetraparesia severa con hipertrofia generalizada y rigidez articular, sin posibilidad para la paciente de movimiento voluntario, control de cabeza y tronco, ni sedestación, con necesidad de auxilio total para la vida diaria.

7.-No obstante, que la Audiencia Provincial aplicara la doctrina del daño desproporcionado, en vez de apreciar la evidente relación causal entre la negligencia de los demandados y el daño padecido por la paciente, no implica que deba estimarse este motivo de casación, por aplicación de la constante jurisprudencia de esta sala sobre la equivalencia de resultados o carencia de efecto útil del recurso, con arreglo a la cual no puede prosperar en casación un motivo que no determine una alteración del fallo recurrido. Es decir, no procede la estimación de un recurso (o de un motivo) si la eventual aceptación de la tesis jurídica del recurrente no es apta para alterar la solución contenida en la sentencia recurrida.

Como sucedió, por ejemplo, en el caso enjuiciado por la sentencia 343/2016, de 24 de mayo, en el que la Audiencia Provincial también utilizó la doctrina del daño desproporcionado, con los mismos hechos cabe apreciar una concatenación de negligencias: la del cirujano al no coser el vaso sanguíneo y la del intensivista por no adoptar las medidas necesarias ante una hemorragia patentemente anormal, que desembocaron en las

graves lesiones y secuelas padecidas por la paciente. Por lo que no cabría la exoneración de responsabilidad pretendida en el motivo.

Recurso de casación de los doctores Ruperto y Edmundo y AMA

SÉPTIMO.- Primer motivo de casación. Daño desproporcionado. Reproducción de lo resuelto

1.- Planteamiento: El primer motivo de casación de estos recurrentes denuncia la infracción del art. 1902 CC, en relación con la doctrina del daño desproporcionado.

Al desarrollar el motivo, la parte recurrente argumenta, sintéticamente, que la interpretación que hace la sentencia recurrida del daño desproporcionado se opone frontalmente a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en cuanto que el daño desproporcionado es aquel no previsto ni explicable en la esfera de la actuación profesional médico-sanitaria y no pueda calificarse de resultado desproporcionado el daño indeseado o insatisfactorio pero encuadrable entre los riesgos típicos de la intervención. Y en este caso, la complicación sufrida por la paciente, esto es, un hematoma sofocante en el cuello, se trata de una complicación previsible y típica de la cirugía de tiroidectomía, de la que fue debidamente informada y así consta documentalmente.

2.- Decisión de la Sala: El motivo, en cuanto que es sustancialmente coincidente con el formulado en igual sentido por Adeslas, debe ser desestimado por las razones ya expuestas en el fundamento jurídico sexto, al que nos remitimos para evitar inútiles reiteraciones.

OCTAVO.- Segundo motivo de casación. Prohibición de regreso

1.-Planteamiento: El segundo motivo de casación denuncia la infracción del art. 1902 CC, por oposición a la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo en materia de prohibición de regreso.

En el desarrollo del motivo, la parte recurrente alega, resumidamente, que la sentencia recurrida infringe la prohibición de regreso, en cuanto que efectúa la valoración de la asistencia médica *ex posty* no *ex ante*.

2.- Decisión de la Sala: Este segundo motivo de casación ha de ser desestimado por las razones que exponemos a continuación.

En el ámbito de la relación de causalidad, esta sala viene aplicando la doctrina de la imputación objetiva, que exige una doble causalidad: la física, natural o empírica, dependiente de la actividad probatoria desplegada en el proceso, determinada por la regla de la *condicio sine qua non* formulada en los Principios del derecho europeo de la responsabilidad civil (art. 3:101); y la causalidad jurídica.

3.-La causalidad física implica que podrá reputarse causalmente el daño cuando el resultado no se hubiera producido si no hubiera concurrido el comportamiento enjuiciado. Como declararon las sentencias 208/2019, de 5 de abril y 141/2021, de 15 de marzo:

«[...] existe causalidad material o física cuando a través de una reconstrucción ideal de los acontecimientos se llega a la conclusión lógica que, de no haber mediado el hecho ilícito del demandado el daño no habría tenido lugar».

A su vez, la causalidad jurídica opera mediante la selección de las causas jurídicamente relevantes para la atribución de un hecho a una conducta humana, a través de criterios tales como el fin de protección de la norma, el incremento del riesgo, la conducta alternativa conforme a derecho, la prohibición de regreso, la competencia de la víctima, la asunción voluntaria de riesgos, o los riesgos generales de la vida, entre otros (sentencias 124/2017, de 24 de febrero; 122/2018, de 7 de marzo; y 270/2021, de 6 de mayo; entre otras muchas).

La causalidad jurídica, en definitiva, sirve para evitar que el sujeto negligente responda de cualquier consecuencia remota, improbable o indirecta que pudiera derivarse de su conducta (sentencia 208/2019, de 5 de abril). En este sentido la sentencia 908/2024, de 24 de junio, señaló que:

«Para imputar a una persona un resultado dañoso no basta con la constancia de la relación causal material o física, sino que además se precisa la imputación objetiva del resultado o atribución del resultado, es lo que en la determinación del nexo de causalidad se conoce como causalidad material y jurídica. La primera por su carácter fáctico corresponde examinar al tribunal de instancia, la segunda de carácter jurídico es susceptible de ser revisada en casación en el ámbito de la aplicación del artículo 1902 CC, actuando entre otros criterios de imputación, la prohibición de regreso que impide que el reproche se realice exclusivamente fundándose en la evolución posterior del paciente».

4.-La prohibición de regreso, basada en la doctrina norteamericana de la exclusión de la causa *too remote*(en traducción o adaptación al español no muy apropiadas, porque pueden producir una equivocidad terminológica con nuestra acción de regreso) se suele utilizar en la doctrina y jurisprudencia españolas en dos sentidos:

(i) Por un lado, implica la prohibición del sesgo retrospectivo, porque implica la imposibilidad de imputar la responsabilidad a partir de acontecimientos posteriores desconocidos en el momento del diagnóstico inicial. De tal manera que, en el concreto ámbito de la responsabilidad civil médico-sanitaria, no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o el retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar. En definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada al valorar si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones y remedios diagnósticos indicados y acordes a esos síntomas, por lo que no resulta válido que a partir del diagnóstico final se considere los que pudieron haberse empleado (sentencias 167/2006, de 15 de febrero; 464/2007, de 7 de mayo; 8/2010, de 29 de enero; y 357/2011, de 1 de junio).

(ii) En otro sentido, implica la prohibición de imputar al responsable más lejano, cuando en el curso causal irrumpe la intervención dañosa e imprudente de un tercero más cercano, salvo que dicha conducta se haya visto decisivamente favorecida por la imprudencia del primero (sentencias 983/2005, de 30 de noviembre; y 84/2006, de 14 de febrero). En palabras de la sentencia 124/2017, de 24 de febrero:

«[e]l criterio de la prohibición de regreso que justifica negar la imputación del resultado dañoso, tendrá lugar cuando en el proceso causal que desembocó en aquél, puesto en marcha por el posible responsable, se ha incardinado sobrevenidamente la conducta dolosa o gravemente imprudente de un tercero (sentencia 11 de marzo de 1988, entre otras), pero salvo que dicha conducta se haya visto decisivamente favorecida por la imprudencia del responsable. La intervención meramente culposa de un tercero no basta para excluir la imputación objetiva».

5.-Aunque el motivo se refiere propiamente al primero de los sentidos, la valoración retrospectiva, no se infringe la prohibición de regreso en ninguno de los dos sentidos expuestos. Respecto del primero, porque no se enjuicia la situación a partir de una regresión desde el resultado a la causa, ya que de inicio obró una negligencia (la falta de sutura del vaso) que siguió actuando en el tiempo y no fue atajada debidamente, por lo que el curso causal fue lineal y agravatorio.

Y respecto del segundo sentido, tampoco hay infracción legal, porque la actuación de ambos facultativos fue concurrente en la producción del daño: el cirujano por la desatención en la sutura y el intensivista por la falta de actuación en la UCI.

Recurso de casación de Sanatorio Nuestra Señora de la Salud S.A.

NOVENO.- Primer motivo de casación. Relación de dependencia

1.- Planteamiento: El primer motivo de casación denuncia la infracción, por aplicación indebida, del art. 1903 CC, por no concurrir la premisa necesaria para su aplicación de que el Dr. Edmundo tuviera una relación de dependencia con el sanatorio.

Al desarrollar el motivo, la parte recurrente aduce, sintéticamente, que la responsabilidad regulada en el art. 1903 CC se aplica ante la infracción del deber de cuidado reprochable al empresario en la selección de dependientes o en el control de la actividad por estos desarrollada, y en este supuesto la obligación del sanatorio no se extiende a la actuación del Dr. Edmundo, dado que no existía ninguna relación laboral o profesional entre ambos. En todo caso, la obligación del sanatorio sería con Grusemer S.L. (empresa que gestionaba la UCI), pero esa entidad no ha sido condenada por hecho propio, por lo que la sentencia recurrida ha aplicado la norma de manera incorrecta.

2.- Decisión de la Sala: Este motivo también debe ser desestimado a tenor de lo que razonamos a continuación.

Como recuerda la sentencia 638/2001, de 21 de junio, con cita de otras muchas, la responsabilidad de los centros o entidades sanitarias por los daños producidos a los pacientes como consecuencia de actos clínicos realizados en sus instalaciones es directa como empresa, por incumplimiento de los deberes de vigilancia y ordenación del servicio prestado. Y conforme a los arts. 1902 y 1903 CC, puede declararse la responsabilidad civil del centro médico en el que tuvo lugar la negligencia, incluso sin necesidad de demandar al facultativo o facultativos que practicaron la intervención.

Desde el momento en el que Dr. Edmundo desempeñaba sus funciones como intensivista en unas instalaciones del sanatorio de la Salud, como era la UCI, aunque su dependencia laboral o de arrendamiento de servicios lo fuera con otra empresa que gestionaba ese concreto servicio, se encontraba en relación de dependencia funcional con la clínica que albergaba todos los servicios prestados (hospitalización, quirófano, cirugía, postoperatorio, cuidados intensivos, etc.). Dependencia funcional suficiente para justificar

la responsabilidad del art. 1903 CC, como en el caso resuelto por la sentencia 291/2001, de 24 de marzo (que acuñó el concepto de dependencia funcional), en donde, al igual que el que nos ocupa:

«el suceso tuvo lugar en el ámbito estricto de dicho establecimiento, que tenía obligación de aportar la colaboración, medios técnicos, personal y llevar a cabo actividades de control y dirección adecuadas y precisas, siendo censurables las conductas omisivas que puedan practicarse para el logro de la mejora de la salud de los enfermos y están al alcance y, sin embargo, ni se deciden ni se realizan».

En todo caso, no se niega la relación de dependencia con el otro facultativo demandado, el Dr. Ruperto, por lo que, al tratarse de responsabilidad solidaria, la clínica respondería igualmente.

3.- Además, como desarrollaremos al resolver el siguiente motivo de casación, Nuestra Señora de la Salud no sólo responde por la responsabilidad extracontractual derivada del art. 1903 CC, sino también por el incumplimiento del denominado contrato de hospitalización, que abarca todas las prestaciones debidas al paciente (sentencia 203/2004, de 12 de marzo) y por los déficits organizativos.

DÉCIMO.- Segundo motivo de casación. La responsabilidad del centro hospitalario frente al paciente usuario

1.- Planteamiento: El segundo motivo de casación denuncia la infracción del art. 26 de la Ley General para la defensa de consumidores y usuarios (LGDCU), aplicable por razón temporal.

Al desarrollar el motivo, la parte recurrente arguye, sintéticamente, que la sentencia recurrida condena al sanatorio por no contar con un servicio de guardia de cirugía presencial. Sin embargo, no tiene en cuenta que para la aplicación de esta norma debe constar acreditado que el control y la vigilancia de la paciente era de la clínica, que existía una obligación legal o era esperable contar con un cirujano de guardia presencial en el centro atendiendo a las particularidades del caso, y que además esta omisión determinó el daño, presupuestos que no se aprecian en el presente caso.

2.- Decisión de la Sala: Este motivo de casación debe seguir la misma suerte desestimatoria que los anteriores, como pasamos a exponer.

El art. 26 LDCU, aplicable por razones temporales (actual art. 147 TRLCU), establecía un régimen general que imponía a los prestadores de servicios la responsabilidad por los daños y perjuicios causados a los consumidores y usuarios, «salvo que prueben que han cumplido las exigencias y requisitos reglamentariamente establecidos y los demás cuidados y diligencias que exige la naturaleza del servicio». Aunque dentro de la rama de los servicios sanitarios, la sala se ha referido más al art. 28 LDCU (actual 148.1 TRLCU), respecto de la responsabilidad de corte objetivo por los «daños originados en el correcto uso de los servicios, cuando por su propia naturaleza, o por estar así reglamentariamente establecido, incluyan necesariamente la garantía de niveles determinados de eficacia o seguridad, en condiciones objetivas de determinación, y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad, hasta llegar en debidas condiciones al consumidor y usuario».

Como explica y resume la sentencia 446/2019, de 18 de julio, los pacientes, como usuarios de los servicios médicos, tienen derecho a recibir una prestación que cumpla con las características de seguridad y eficacia que exige la norma, que da lugar a una responsabilidad de carácter objetivo, limitada en su cuantía máxima, pero que se ciñe al concepto estricto de «servicios sanitarios», esto es, a sus aspectos funcionales, organizativos o de prestación. Y que, en consecuencia, no alcanza, ni se extiende, a los daños imputables directamente a los actos médicos, que quedan blindados por la exigencia de culpa y de infracción de la *lex artis ad hoc*.

3.- Desde el punto de vista de la protección del paciente/usuario de los servicios sanitarios, el criterio de imputación de la responsabilidad se proyecta sobre los aspectos funcionales del servicio sanitario, pero sin expandir este régimen de responsabilidad, de forma indiscriminada, a cualquier deficiencia organizativa (sentencia 604/1997, de 1 de julio) y, de hecho, la mayoría de los pronunciamientos de la sala se refieren a los retrasos o déficits de atención médica causados por la gestión de los servicios de guardias.

La sentencia 580/2009, de 29 de julio, con cita de otras anteriores, expuso los diferentes criterios de imputación cuando la reclamación se dirige simultáneamente contra los profesionales y el centro médico:

(i) Respecto de los profesionales, debe acreditarse una actuación negligente o culposa, conforme a los criterios del art. 1902 CC, la cual es, a su vez, el presupuesto necesario de la «responsabilidad por hecho ajeno» del establecimiento sanitario, con arreglo al art. 1903. IV CC, que se basa en una relación de dependencia -directa o funcional- o de subordinación entre quien lo causa y el empresario demandado y que no es una responsabilidad objetiva, sino subjetiva por culpa *in eligendo* o *in vigilando* respecto de las personas por quienes se debe responder.

(ii) Ello no impide la culpa directa del propio centro, y la aplicación del art. 1902 CC, cuando le es directamente imputable una prestación de un servicio irregular o defectuoso por omisión o por incumplimiento de los deberes de organización, de vigilancia o de control del servicio.

(iii) Y también es posible la invocación de la normativa de consumo, específicamente los arts. 26 y 28 LDCU (actuales arts. 147 y 148.1 TRLCU), conforme a otro 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 concurran circunstancias exógenas aptas para destruir este criterio de imputación, anteponiendo, como la doctrina más reciente ha propuesto, las legítimas expectativas de seguridad del servicio a la valoración de la conducta del empresario».

4.-En este caso, la Audiencia Provincial basa su imputación en la ausencia de un cirujano de guardia presencial, lo que resultó trascendental, pues en el tiempo que tardó en llegar el cirujano que había hecho la intervención podría haberse evacuado el hematoma que oprimía las vías respiratorias o practicar una traqueotomía, lo que hubiera evitado la anoxia cerebral. Supuesto que se asemeja a aquellos en que esta sala ha apreciado responsabilidad, por aplicación del art. 26 LDCU, dado que el daño sufrido por la paciente estuvo causalmente vinculado al fracaso del sistema organizativo de las guardias de cirugía (por ejemplo, sentencia 580/2009, de 29 de julio). O casos en que hemos declarado que era obligación de la clínica organizar la dinámica del centro y las guardias de los profesionales, de manera tal que no quedara desatendida una urgencia grave como la que tuvo lugar en el supuesto que nos ocupa (sentencia 336/2012, de 24 de mayo).

Por lo que no cabe apreciar infracción legal, ni de la jurisprudencia de la sala.

Recurso de casación de Zurich S.A.

DECIMOPRIMERO.- *Primer motivo de casación. Daño desproporcionado. Remisión*

1.- Planteamiento: El primer motivo de casación del recurso de la aseguradora Zurich denuncia la infracción del art. 1902 CC, en relación con la doctrina del daño desproporcionado.

Al desarrollar el motivo, la parte recurrente aduce, sintéticamente, que la sentencia recurrida aprecia la existencia de un daño desproporcionado solamente en atención al resultado lesivo, sin tener en cuenta que el hematoma sofocante era una de las complicaciones expresamente recogidas en el consentimiento informado, así como la posibilidad de necesidad de reintervención, junto con el riesgo de fallecimiento. Tampoco valora el hecho de que la paciente no era lega en la materia, puesto que era enfermera. Y que en este caso el daño no era imprevisible ni inexplicable, dado que el riesgo de hematoma estaba expresamente informado, como también la posibilidad de necesidad de reintervención (como sucedió) e incluso el riesgo de fallecimiento (en el presente caso se logró salvar la vida de la paciente, aunque con graves lesiones para la misma).

2.- Decisión de la Sala: El motivo ha de ser desestimado por remisión a lo ya expuesto al resolver los motivos de casación precedentes relativos al daño desproporcionado.

Y solo para agotar la respuesta judicial, cabe añadir: (i) que la paciente fuera enfermera nada incide en la producción de un daño, desproporcionado o no; solamente, a título de hipótesis, podría tener influencia en la prestación del consentimiento, pero nada más; (ii) la información para el consentimiento hacía referencia a riesgos propios de la intervención, que podía causar hematomas, la necesidad de una reintervención y en casos muy extremos, el fallecimiento; pero no a riesgos procedentes de una mala intervención quirúrgica, una defectuosa atención en el servicio de cuidados intensivos y una deficiente organización del sistema de guardias; y (iii) que la reintervención quirúrgica evitara la muerte inmediata de la paciente no excluye la existencia de otros gravísimos daños.

DECIMOSEGUNDO.- *Segundo motivo de casación. Límite indemnizatorio*

1.- Planteamiento: El segundo motivo de casación denuncia la infracción del art. 73.1 de la Ley del Contrato de Seguro (LCS).

En el desarrollo del motivo, la parte recurrente alega, resumidamente que el límite por víctima es una delimitación objetiva, ya que, conforme al art. 73 LCS y la jurisprudencia que lo interpreta, los límites indemnizatorios son oponibles al tercero perjudicado. En el presente procedimiento se reclamaban por los herederos las lesiones correspondientes a una sola víctima, por lo que la sentencia recurrida debería haber reducido la indemnización correspondiente a Zurich al límite previsto en la póliza, que era 300.000 euros por víctima.

2.- Decisión de la Sala: Este motivo también debe resultar desestimado, por lo que exponemos a continuación.

Como indica la sentencia 57/2024, de 18 de enero, con cita de la sentencia 93/2002, de 11 de febrero, la suma asegurada es la cuantía por la que el interés se asegura en el contrato y, por lo tanto, en los seguros de daños representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el asegurador en cada siniestro.

La suma asegurada tiene como función servir de límite máximo de la indemnización que corresponde satisfacer y actúa para calcular la prima, pero sin que tal suma pueda tenerse en cuenta a los fines de fijar la indemnización, para lo que ha de tenerse en cuenta el importe del daño efectivamente causado, como se desprende del art. 1 LCS («el asegurador está obligado... dentro de los límites pactados»), pero que también figura en el art. 73 LCS («el asegurador está obligado dentro de los límites establecidos en la Ley y en el contrato»).

Asimismo, ya recordamos en las sentencias 57/2024, de 18 de enero, y 1216/2025, de 8 de septiembre, que la polémica sobre la calificación de las cláusulas que contraen el límite indemnizatorio a la suma asegurada como delimitadoras del riesgo o limitativas de los derechos del asegurado, quedó zanjada por la sentencia de pleno 853/2006, de 11 de septiembre, que unificó el criterio y concluyó que eran cláusulas delimitadoras.

Y las sentencias 82/2012, de 5 de marzo, 417/2013, de 27 de junio, y 727/2013, de 12 de noviembre, admitieron que la cláusula de suma asegurada, en cuanto límite cuantitativo de la indemnización, es oponible al tercero perjudicado en los seguros de responsabilidad civil.

3.-El art. 27 LCS contiene una definición común para todos los seguros de daños, y si bien el de responsabilidad civil pertenece genéricamente a dicha categoría, no cabe obviar que su verdadera naturaleza es la de un seguro de deudas, de protección del patrimonio del responsable asegurado, porque el nacimiento de la obligación de indemnizar a la que se refiere el art. 73 LCS implica correlativamente el nacimiento de un crédito a favor del tercero perjudicado. Especificidad del seguro de responsabilidad civil que, en el caso de la suma asegurada, se manifiesta en que, como la cuantía económica del daño indemnizable únicamente se puede determinar al liquidarse el siniestro (a diferencia de los seguros puros de daños, en que puede fijarse *a priori*), el modo de fijación de la suma asegurada debe ser mediante el establecimiento de un límite por siniestro.

4.-En la póliza de responsabilidad civil profesional que el Sanatorio de la Salud suscribió con Zurich, bajo el epígrafe «Condiciones económicas», aparecen varias sumas aseguradas, si bien, en lo que atañe al motivo, se trata realmente de un límite (por siniestro) y un sublímite (por víctima):

(i) «Suma asegurada por siniestro: 600.000 euros».

(ii) «Suma asegurada por anualidad de seguro: 600.000 euros».

(iii) «Suma asegurada por víctima»:

· «R.C. Patronal: Euros 150.000 por víctima».

· «R.C. Profesional: Euros 300.000 por víctima».

5.-Si hemos indicado que en los seguros de responsabilidad civil, conforme a los arts. 27 y 73 LCS, la suma asegurada se fija mediante el establecimiento de un límite por siniestro y la cláusula que establece ese límite es delimitadora del riesgo, la previsión simultánea de un sublímite por víctima no puede tener otro carácter que el de una limitación o restricción de la indemnización de la víctima, en cuanto que condiciona y aminora la suma asegurada. Y, como tal, debe reunir los requisitos de validez del art. 3 LCS, que aquí no constan cumplidos, pues ni hay un resaltado especial, ni una aceptación específica. Por lo que resulta inoponible a los perjudicados.

Mutatis mutandis, es la misma solución adoptada reiteradamente por la sala respecto de las cláusulas que suponen una restricción de la suma pactada como límite para indemnizar la invalidez permanente mediante la distinción o exclusión de distintos supuestos según la gravedad de las lesiones sufridas (sentencias 1340/2007, de 11 de diciembre; 394/2008, de 13 de mayo; 676/2008, de 15 de julio; 541/2016, de 14 de septiembre; y 147/2017, de 2 de marzo).

DÉCIMOTERCERO.- Motivos de casación relativos a la condena al pago de los intereses del art. 20 LCS .
Planteamiento

1.-El tercer motivo de casación del recurso de SegurCaixa Adeslas denuncia la infracción del art. 20.8 LCS, por cuanto existiría causa justificada para la no satisfacción del importe de la indemnización por la concurrencia de las siguientes circunstancias: (i) la sentencia de primera instancia fue desestimatoria de la demanda; (ii) la aplicación del criterio del daño desproporcionado ha supuesto la inversión de la carga de la prueba, lo que exige de un procedimiento judicial previo que resolviese la concurrencia de los criterios jurisprudenciales para la aplicación de esta excepción al principio general; (iii) la condena a la aseguradora no se funda en la existencia de una infracción del contrato de seguro, como sería la denegación de una asistencia que cuenta con cobertura,

sino en la existencia de una actuación contraria a *lex artis* por parte del facultativo que realizó el tratamiento y que en todo momento ha sido negada por el propio facultativo.

2.-El tercer motivo del recurso de casación de AMA denuncia la infracción del art. 20.8 LCS, al existir causa justificada para la no imposición de los intereses moratorios. En concreto, debe tenerse en cuenta que existían dudas razonables sobre la responsabilidad civil que motivaban la necesidad de acudir al procedimiento, como demuestra que hubo tanto una sentencia penal absolutoria, como una primera sentencia civil también desestimatoria de la pretensión. Además, la aseguradora consignó la fianza civil en el procedimiento penal en cuanto fue requerida para ello y también hizo la oportuna consignación judicial, si bien, una vez que se dictó sentencia absolutoria, le fue devuelta.

3.-El cuarto motivo de casación del recurso de AMA denuncia la infracción del art. 20.6 LCS, ya que los intereses deben devengarse respecto de la aseguradora desde que tuvo conocimiento del siniestro, lo que en este caso coincidiría respecto del Dr. Ruperto con el inicio del proceso civil (28 de marzo de 2017) y a lo sumo desde la notificación del auto de apertura de juicio oral en el proceso penal (16 de septiembre del 2011).

4.-El cuarto motivo de casación del recurso de Zurich denuncia la infracción del art. 20.6 LCS, porque consta acreditado en autos que esta aseguradora no fue emplazada en el procedimiento penal hasta el dictado del auto de apertura de juicio oral, el 16 de septiembre de 2011, sin que hasta esa fecha tuviera conocimiento del siniestro.

DECIMOCUARTO.- Decisión de la Sala sobre la imposición de intereses moratorios. Magnitud del daño. Conocimiento del siniestro cuando se ha tramitado un previo proceso penal

1.-La sentencia 234/2021, de 29 de abril, sintetiza los pronunciamientos de esta sala sobre la imposición de los intereses del art. 20 LCS y su posible exoneración:

«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 despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura (sentencias 252/2018, de 10 de octubre; 56/2019, de 25 de enero, 556/2019, de 22 de octubre; 570/2019, de 4 de noviembre, 47/2020, de 22 de enero y 419/2020, de 13 de julio, entre otras muchas).

»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.

»En definitiva, como señala la sentencia del Tribunal Supremo 317/2018, de 30 de mayo, citada por la más reciente 419/2020, de 13 de julio: «[...] solamente cuando la intervención judicial sea necesaria para fijar el derecho a la indemnización y razonable la oposición de la compañía, ante la situación de incertidumbre concurrente, podrá nacer la causa justificada a la que se refiere el art. 20.8 LCS». De esta manera, se expresan igualmente las sentencias 56/2019, de 25 de enero; 556/2019, de 22 de octubre y 116/2020, de 19 de febrero».

2.-Conforme a esa jurisprudencia, en el caso enjuiciado no se aprecia ningún motivo para la exoneración del pago de los intereses. La mera judicialización de la reclamación no es causa justificativa, la oposición de los demandados no se ha justificado como razonable y la actuación de los facultativos y la gravedad del daño producido debería haber advertido a las compañías aseguradoras de la patente posibilidad de tener que acabar respondiendo por los daños producidos a la paciente.

3.-Respecto de la regla de la carga de la prueba contenida en el art. 20.6 LCS, en la sentencia 1217/2025, de 8 de septiembre, hemos declarado que en situaciones como la presente, en que el asegurado ha sido denunciado por unos hechos graves y era previsible la existencia de un daño de gran magnitud, no resulta plausible que el



facultativo asegurado no diera parte a su aseguradora o lo hiciera incluso después de haber sido denunciado en vía penal, de manera tal que entrara en juego la excepción prevista en el citado precepto.

Las aseguradoras tuvieron conocimiento de la existencia del procedimiento penal, sin que exista norma alguna que permita diferir el devengo de los intereses del art. 20 LCS al dictado del auto de apertura del juicio oral o al requerimiento de la prestación de fianza. Además, tampoco puede surtir efecto enervatorio una consignación judicial en dicho proceso penal que no fue mantenida, ni reproducida posteriormente. Y en todo caso, conforme a la regla establecida en el art. 20.6 LCS es a las aseguradoras a quienes competía probar que no conocieron el siniestro hasta que se judicializó, lo que no han acreditado. Aparte de que, en el caso de AMA, aunque uno de sus doctores asegurados no estuvo encausado en el proceso penal, sí lo estuvo el otro, por lo que conocía perfectamente la intervención de ambos en el evento dañoso.

4.-En consecuencia, la Audiencia Provincial ni infringió las previsiones legales sobre el inicio del cómputo del plazo de devengo de los intereses moratorios, ni concurren causas justificativas que exoneren de su pago a las entidades aseguradoras demandadas.

Por lo que todos los motivos de casación dirigidos a la impugnación de la condena al pago de los intereses del art. 20 LCS deben ser desestimados.

DECIMOQUINTO.- Costas y depósitos

1.-De conformidad con lo previsto en el art. 398.1 LEC, la desestimación del recurso extraordinario por infracción procesal de SegurCaixa Adeslas comporta la imposición a dicha parte de las costas por él causadas.

2.-La desestimación de los recursos de casación conlleva igualmente que se impongan a los recurrentes las costas por ellos causadas, a tenor del mismo art. 398.1 LEC.

3.-Igualmente, tales desestimaciones del recurso extraordinario por infracción procesal y de los recursos de casación, suponen la pérdida de los depósitos constituidos para su formulación, de conformidad con la disposición adicional 15ª, apartado 9, LOPJ.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido :

1.º-Desestimar el recurso extraordinario por infracción procesal interpuesto por SegurCaixa Adeslas S.A. contra la sentencia de 22 de abril de 2020, dictada por la Sección 4ª de la Audiencia Provincial de Granada, en el recurso de apelación núm. 390/2019.

2.º-Desestimar los recursos de casación interpuestos por SegurCaixa Adeslas S.A., Zurich Insurance PLC Sucursal en España, Sanatorio Nuestra Señora de la Salud S.A., y D. Ruperto , D. Edmundo y Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) contra dicha sentencia.

3.º-Imponer a los recurrentes las costas causadas por sus respectivos recursos extraordinarios por infracción procesal y de casación y ordenar la pérdida de los depósitos constituidos para su formulación.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de Sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.