

Audiencia Provincial Civil de Madrid

Sección Decimocuarta

c/ Santiago de Compostela, 100 , Planta 6 - 28035

Tfno.: 914933893/28,3828

37007740

N.I.G.: 28.079.00.2-2017/0147725

Recurso de Apelación 595/2019

O. Judicial Origen: Juzgado de 1ª Instancia nº 61 de Madrid

Autos de Procedimiento Ordinario 786/2017

APELANTE: [REDACTED]

PROCURADOR D./Dña. IGNACIO MELCHOR ORUÑA

APELADO: [REDACTED]

PROCURADOR D./Dña. ANTONIO RAMON RUEDA LOPEZ

SENTENCIA

ILMOS/AS SRES./SRAS. MAGISTRADOS/AS:

D. JUAN UCEDA OJEDA

DA. PALOMA GARCÍA DE CECA BENITO

D. SAGRARIO ARROYO GARCÍA

En Madrid, a cuatro de mayo del dos mil veinte.

VISTO, Siendo Magistrado Ponente D. SAGRARIO ARROYO GARCÍA.

La Ilma. Audiencia Provincial de esta Capital, constituida por los Sres. que al margen se expresan, ha visto en trámite de apelación los presentes autos civiles de Procedimiento Ordinario nº 786/2017 seguidos en el Juzgado de Primera Instancia nº 61 de Madrid, en los que aparece como parte apelante [REDACTED], representado por el Procurador DON IGNACIO MELCHOR DE ORUÑA, defendido por el letrado DON JOSÉ ANTONIO RAMOS MESONERO; y como apelada [REDACTED], representada por el Procurador DON ANTONIO RAMÓN RUEDA LÓPEZ, defendida por la Letrada DOÑA MARÍA JESÚS HERNANDO GONZÁLEZ, todo ello en virtud del recurso de apelación

interpuesto contra la Sentencia dictada por el mencionado Juzgado, de fecha 13 de junio de 2019.

Se aceptan y se dan por reproducidos en lo esencial, los antecedentes de hecho de la Sentencia impugnada en cuanto se relacionan con la misma.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Juzgado de Primera Instancia nº 61 de Madrid se dictó Sentencia de fecha 13 de junio de 2019, cuyo fallo es del tenor literal siguiente: “Que debo desestimar y desestimo la demanda interpuesta por el Procurador Sr. Melchor Oruña, en nombre y representación de [REDACTED], absolviendo de los pedimentos contenidos en la misma a [REDACTED], con imposición al demandante del pago de las costas causadas”.

SEGUNDO.- Notificada la mencionada resolución, se interpuso recurso de apelación por la parte demandante, al que se opuso la representación de la demandada, y tras dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 457 y siguientes de la LEC, se remitieron las actuaciones a esta sección, sustanciándose el recurso por sus trámites legales.

TERCERO.- Por Providencia de esta Sección, se acordó para deliberación, votación y fallo el día 28 de abril del 2020.

CUARTO.- En la tramitación del presente procedimiento han sido observadas las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

No se aceptan los razonamientos jurídicos de la resolución que ha sido apelada en los términos que, a continuación, se expondrán.

PRIMERO.- Para la resolución del presente recurso hemos de comenzar por establecer sus antecedentes.

1.- Síntesis de la sentencia de primera instancia

La sentencia apelada desestima la demanda, en la misma se reseña que con fecha 15-7-2016 el demandante ingresó en el [REDACTED] por lesión de menisco en rodilla derecha, tras ser operado ese mismo día fue dado de alta el día 17. Ese mismo día volvió al hospital por dolor e inflamación, practicándose una artocentesis y extrayendo de la rodilla líquido hemático. Al día siguiente volvió a ingresar por dolor y signos inflamatorios, siendo realizadas diversas actuaciones médicas. Tras un cultivo de líquido sinovial se aisló SASM (estafilococo aureus sensible a la meticilina) instaurándose antibioterapia. La parte actora defiende que el paciente sufrió una infección nosocomial, cuyo origen solo puede ser hospitalario. El diagnóstico al alta fue de artritis séptica de rodilla, se reclama por las secuelas padecidas frente a la compañía aseguradora del [REDACTED].

Tras la reseña del artículo 76 LCS, 148 TRLGDCU y la interpretación jurisprudencial, en el presente caso no se discute sobre las intervenciones realizadas en el [REDACTED], la existencia de secuelas, ni sobre el consentimiento informado y su contenido, ni sobre el hecho de que la intervención quirúrgica fue correctamente practicada.

Para valorar si la infección nosocomial es atribuible a la administración por un deficiente funcionamiento del servicio sanitario, debe de tenerse en cuenta si por parte de los profesionales médicos se adoptaron todas las medidas de asepsia y desinfección exigibles atendiendo a los riesgos de la intervención y los antecedentes del paciente. A tales efectos todos los peritos intervinientes han coincidido en que el estafilococo aureus es una bacteria que se encuentra ampliamente distribuida por todo el mundo, estimándose que una de cada tres personas se halla colonizada por ella. Su reservorio principal son las fosas nasales y también la piel y es imposible de erradicar. De igual modo, los peritos coinciden en que su origen puede ser endógeno (del propio paciente) o exógeno o ambiental y que resulta imposible determinar este origen en el presente caso, no resultando probado, en modo alguno, que se trate de una infección “del sitio quirúrgico”, es decir, contraída en la misma operación. Los peritos admiten que el riesgo cero no existe, que los contagios son inevitables en muchas ocasiones aun no constando mala praxis o actuación contraria al protocolo o

desatención en las medidas de profilaxis o prevención, constituyendo un riesgo inherente a la intervención, al constituir un riesgo poco frecuente, excepcional y, en todo caso, inevitable, en cualquier intervención quirúrgica.

Los informes que obran en las actuaciones evidencian, sin lugar a dudas, el cumplimiento de las medidas recogidas en los protocolos de actuación médica, aseguradoras de la mayor profilaxis que, con los medios y conocimientos actuales, permite la técnica. Por lo que se observaron, en todo momento, las prescripciones ajustadas a la “lex artis”. No puede aplicarse la doctrina del daño desproporcionado. No puede concluirse, en suma, que en el desarrollo de la prestación sanitaria desarrollada en el [REDACTED] en este supuesto se haya dado una mala praxis o la inobservancia del protocolo exigido, por lo que la infección hospitalaria sufrida por el actor constituye un riesgo inherente a la intervención quirúrgica practicada, no pudiendo calificarse el funcionamiento de los servicios médicos como inadecuado. No pueden ser suficientes para derivar la responsabilidad las meras hipótesis o conjeturas en que se basa la demanda, o que el perito del demandante llegara a señalar en juicio que “algo debió suceder, la caída de una gasa...”.

2.- El recurso de apelación se fundamenta, en síntesis, en los siguientes motivos:

2.1.- Error en la valoración de la prueba

La sentencia, en cuanto al cumplimiento de las medidas recogidas en los protocolos de actuación médica, se remite a las revisiones mensuales de las instalaciones del quirófano 9 y los informes sobre el control de bioseguridad ambiental del citado quirófano; ambos en el documento 11 del oficio remitido por el hospital desde luego no acreditan el cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones. Respecto de las revisiones de las instalaciones del quirófano nº 9 se refieren a comprobar mensualmente cómo se encuentran las mismas, es decir, los conductores de los circuitos, las lámparas, las bombillas, los enchufes, etc., pero absolutamente nada relacionado con medidas de prevención de infecciones. En los controles de bioseguridad ambiental no se evidencia la realización de los mismos, son todo lo contrario, que no se realizaron, al menos durante el mes en que se realizó la intervención, pues se aportan del 16-6-2016 y del 12-5-2016 pero ninguno del mes

de julio. Es aún más grave si se tiene en cuenta que según el jefe del servicio se realizan todas las semanas, y en tres meses solo se hicieron dos controles cuando debían haberse realizado doce. En consecuencia, los documentos aportados por el [REDACTED] no evidencian el cumplimiento de las medidas de prevención de infecciones nosocomiales, ni menos aún de sus debidos controles.

Otro documento aportado es el registro de limpieza que acredita que ese día se limpió el quirófano 9, aunque desconocemos si el número de limpiezas fue el adecuado. Según el protocolo de limpieza que se aporta han de realizarse una limpieza matinal, una terminal y una entre cada intervención. No se aporta el registro de intervenciones realizadas en este quirófano ese día, ni el Jefe de Servicio sabe cuántas se hicieron, por lo que no queda acreditado que se realizaran el número adecuado ni, obviamente, que se realizaran de forma correcta. En el registro aparecen tres limpiezas, por lo que si dos se corresponden con la matinal y la terminal, solo se habían realizado dos intervenciones en el día, incluyendo mañana y tarde, una de ellas la del [REDACTED].

El hospital aporta los informes de seguridad quirúrgica (documentos 9 y 10). Estos informes no tienen como finalidad prevenir infecciones, sino otros aspectos de la asistencia sanitaria, como se reconoce por el Jefe del Servicio.

En conclusión, el oficio enviado por el [REDACTED] en modo alguno evidencia el cumplimiento riguroso, óptimo y completo de la gran cantidad de medidas de prevención de infecciones existentes y, menos aún, la realización de los controles de su cumplimiento.

El que se tengan muy interiorizados los protocolos no implica que, en alguna ocasión, no pueda actuarse conforme al mismo.

El que se trata de una infección nosocomial del sitio quirúrgico no es hecho controvertido, tal y como consta en la página 22 del informe pericial aportado por la demandada y así lo explicó el Sr. Santos sin que nadie se opusiera a ello, aunque se desconozca cuando se produjo exactamente la infección, en la intervención, en el postoperatorio o en la artrocentesis.

2.2.- Infracción de la jurisprudencia sobre las infecciones nosocomiales y, en concreto, el artículo 148 TRLGDCU y artículo 217.6 LEC

No se respeta el régimen de responsabilidad del artículo 148 TRLGDCU pues cuando se produce una infección necesariamente se ha frustrado la legítima expectativa de seguridad del consumidor en el servicio sanitario (STS 19-10-2007). El hospital (quien tiene la disponibilidad y facilidad probatoria) no ha acreditado que el origen fuera endógeno. En todo caso, no puede olvidarse, como declaró el [REDACTED], las medidas de prevención de infecciones tienen como objetivo tanto las endógenas, las cruzadas o exógenas, como las ambientales. Pues aunque el estafilococo estuviera en la piel o mucosas del [REDACTED], hay medidas y protocolos (así el lavado de la zona a intervenir, etc.) que pretenden prevenir que esa bacteria patógena acabe por infectar al paciente.

Como señala la STS 19-6-2008 “una infección nosocomial no es un caso fortuito, ni es imprevisible, ni es inevitable ya que existen unos riesgos a evaluar y unos controles a realizar”.

La falta de prueba no puede ser negativo para el demandante, con base al principio de disponibilidad y facilidad probatoria, habida cuenta que deberá ser el hospital el que deberá tener datos propios de tasas estadísticas de infecciones generales, de traumatología y de artroscopia de rodilla, no solo para hacer una comparativa casi imposible con datos generales de EPINE que incluye todo tipo de cirugías y tipos de ingresos, sino principalmente para demostrar que cada año mejoran sus propias tasas estadísticas, tal y como declaró el [REDACTED], aun asumiendo que la infección cero es imposible. En la misma línea apunta el protocolo de prevención de infecciones de la OMS al señalar en su página 16 que la meta fundamental es la reducción del número de infecciones nosocomiales y su costo, para a partir de la página 18, abordar los estudios de prevalencia e incidencia, siendo necesario hacer un concreto acopio de datos que en ningún momento el Hospital ha demostrado realizar, ni ha aportado.

Respecto del daño desproporcionado, la STS 30-6-2009 se refiere a un supuesto de cirugía estética mamaria, por lo que no es aplicable al presente supuesto, pues

no se trata de una infección nosocomial. Lo que sostuvo esta parte en conclusiones, respecto del comentario del jefe de servicio de que solo habían tenido 2, 3 o 4 infecciones en este tipo de intervenciones en quince años (sobre 1500-1800 intervenciones), y de un comentario del [REDACTED] sobre su carácter excepcional, es que, en tal caso, la STS 5-1-2007 para un supuesto de infección nosocomial había aplicado la doctrina del daño anómalo o desproporcionado, al considerar que no es exactamente responsabilidad objetiva, ni inversión de la carga de la prueba, sino admitir su evidencia por sí misma, mientras no se refute.

No se pretendió que la acción prosperase por tratarse de un riesgo no informado. Fue la demandada la que adujo esta circunstancia, y así lo reflejó la juzgadora en el acto de la audiencia previa.

Ni la demanda ni el informe pericial están basados en ninguna hipótesis o conjetura. Ahora bien, debemos admitir que se presume que en algún momento se ha roto la cadena de asepsia aunque las medidas generales propuestas por el servicio sean correctas (STSJ Valencia Sección 2ª 21-12-2009). El [REDACTED] defiende que de algún modo se ha roto la cadena de asepsia.

No hemos localizado en nuestra base de datos la SAP Madrid Sección 14ª 18 de diciembre de 2017 a la que se hace referencia en la sentencia objeto del recurso.

3.- Por la representación de la apelada se opone a los motivos del recurso formulado de contrario.

SEGUNDO: Antecedentes médicos

Vistos los motivos del recurso, en primer lugar, hemos de establecer los antecedentes que constan en las actuaciones.

1.- [REDACTED], el día 15 de julio de 2016 es intervenido en el [REDACTED] de “artroscopia de rodilla para sinovectomía” (rodilla derecha), suscribiendo el correspondiente consentimiento informado (folios 98 y ss.). El día 17 de julio de 2016 es dado de alta constando en el apartado “Evolución”

“Postoperatorio sin complicaciones” (folios 111 y 112).

2.- El día 17 de julio 2016 regresa al [REDACTED] por aumento de dolor e inflamación, y se le realiza “artrocentesis evacuadora en condiciones de esterilidad obteniendo 120 cc de líquido hemático” (folio 117).

3.- El día 18 de julio de 2016 regresa al hospital por “dolor y signos inflamatorios en rodilla operada tras varias artrocentesis por tumefacción PO”, con el juicio clínico “Artritis séptica rodilla izda” (folio 113) y queda ingresado en el [REDACTED]

4.- El 22 de julio de 2016 ingresa en quirófano “se realiza isquemia por elevación MID...Salida de abundante material purulento, se toman muestras...” (folio 115). El 25 de julio 2016 se realiza intervención quirúrgica “sin isquemia, retirada de redón intraarticular (manchado de pus) se remite punta redoma a micro. Punción a través de portales previos: no se obtiene material para cultivo. Artroscopia de rodilla drcha...”(folio 115). El día 29 de julio de 2016 se realiza “Lavado artroscopio de artritis séptica: Retirada de puntos de portales y Friedreich. Se toman muestra de líquido sinovial de aspecto homopurulento que fluye del portal externo. Sinovitis y abundantes coágulos por toda la articulación...” (folio 115), “Realizado cultivo de líquido sinovial, se aísla SASM instaurándose antibioterapia IV...” (folio 115), es dado de alta el 30 de agosto de 2016 (folio 116).

5.- El SAMS (Estafilococo Aureus sensible a la penicilina) es causante de la infección nosocomial, tal y como se deriva del informe pericial emitido por los doctores [REDACTED] (folio 80) e informe de los doctores don [REDACTED] (folio 562).

3.- En la demanda [REDACTED] reclama tanto por la estabilización de las lesiones como por las secuelas.

TERCERO: Infecciones nosocomiales. Doctrina jurisprudencial

Como se deriva de las pruebas practicadas nos encontramos ante un supuesto de infección nosocomial, por lo que hemos de traer a colación la doctrina jurisprudencial.

A tales efectos, hemos de reseñar la STS 18 de julio de 2019
Recurso: 576/2017:

“SEGUNDO.- Motivo de casación único.

Por interés casacional por infracción del art. 148 del RDL 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias y jurisprudencia de esta Sala constituida por las SSTS 604/1997, de 1 de julio ;225/2004, de 18 de marzo y 1377/2007, de 5 de enero .

1. Consideraciones previas.

Las infecciones intrahospitalarias, también denominadas nosocomiales, son aquellas que el paciente adquiere en el propio centro hospitalario, en el que se le dispensa la atención médica precisa para el tratamiento de la patología que sufre. Constituyen un problema bien conocido en la seguridad de los pacientes, que exige una especial atención por parte de los centros hospitalarios, conscientes como son de su relación con la prestación sanitaria dispensada en régimen de internamiento o ambulatorio. Son ajenas a tal concepto las infecciones extra hospitalarias tributarias de tratamiento médico, o las que se encuentran en fase de incubación, antes del ingreso del enfermo, que se manifiestan con posterioridad en el curso del proceso curativo.

Son subsumibles, por el contrario, en tal categoría las adquiridas ex novo en el centro o establecimiento hospitalario a modo de una patología adicional sobre la sufrida, que puede generar al paciente graves consecuencias sobre su salud, o, incluso, como el caso que nos ocupa, su fallecimiento. Es conocida su mayor prevalencia en las UCI o en los pabellones quirúrgicos, así como su origen en distintas fuentes de infección.

La literatura científica describe diferentes procesos causales de producción; así pueden responder a factores tales como la falta de asepsia en las manos, descuidos en medidas profilácticas básicas, dejar las puertas abiertas del quirófano, aplicación de técnicas invasivas, prácticas deficientes en el control de infecciones, incorrección en la colocación y limpieza del catéter entre otras muchas.

La prevención de las infecciones nosocomiales forma parte de la obligación de

seguridad, o si se quiere, como señala la STS de 5 de enero de 2007, "de las legítimas expectativas de seguridad del servicio" que, frente a los usuarios del sistema sanitario, asumen las entidades asistenciales, garantes como son de la prestación de sus servicios con los niveles requeridos de asepsia, esterilización y desinfección; de manera tal que los pacientes, que son tratados en sus establecimientos, no sufran una dolencia distinta y adicional a la que provocó la propia asistencia requerida.

El art. 43 de la CE garantiza el derecho a la protección de la salud. No ofrece duda que los pacientes son usuarios de los servicios sanitarios, como tales protegidos por el RDL 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, cuyo art. 11.1 establece el deber genérico de seguridad, cuando norma que "los bienes o servicios puestos en el mercado deben ser seguros". En el art. 27 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, igualmente aplicable a los centros privados, se regulan las garantías de seguridad.

Por su parte, los arts. 147 y 148 del precitado RDL, dentro del capítulo II, del Título II del Libro Tercero, relativo a la responsabilidad civil por bienes o servicios defectuosos, contempla los servicios sanitarios, señalando el primero de los mentados preceptos que: "Los prestadores de servicios serán responsables de 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", normando, por su parte, el art. 148, en sus dos primeros párrafos, que: "Se responderá de 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", fijándose, no obstante, para tales supuestos, un límite indemnizatorio de 3.005.060,52 euros, sin perjuicio de lo establecido en otras disposiciones legales.

En definitiva, se viene a reproducir lo reglado en el art. 28 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, con la única salvedad de eliminar la expresión "niveles determinados de pureza", que no aparece en la actual redacción del art. 148 del RDL 1/2007, de 16 de noviembre. Dichos preceptos han sido invocados y aplicados por los tribunales de justicia a la hora de dirimir las reclamaciones formuladas por los pacientes, en su condición de usuarios de los

servicios médicos, acreedores en tal concepto de recibir una prestación con las señaladas características de seguridad y eficacia; siendo paradigmática al respecto la STS 604/1997, de 1 de julio , que enjuiciando un caso en el cual, tras la práctica de una artroplastia de rodilla, el paciente sufrió una infección por pseudomona aeruginosa, que determinó la amputación de la extremidad lesionada, razona al respecto que:

"Esta responsabilidad de carácter objetivo cubre los daños originados en el correcto uso de los servicios, [...] En efecto, los niveles presumidos por ley de pureza, eficacia o seguridad que suponen, además, posibilidades de controles técnicos de calidad, impiden, de suyo (o deben impedir), por regla general las infecciones subsiguientes a una intervención quirúrgica adquirida, en el medio hospitalario o su reactivación en el referido medio. Cuando estos controles de manera no precisada fallan; o bien, por razones atípicas dejan de funcionar, en relación con determinados sujetos, el legislador impone que los riesgos sean asumidos por el propio servicio sanitario en forma externa de responsabilidad objetiva, cara al usuario, que por ser responsabilidad objetiva aparece limitada en su cuantía máxima, a diferencia de la responsabilidad por culpa, que sólo viene limitada en su cuantía económica por criterios de proporcionalidad y prudencia en relación con el alcance y circunstancias de los daños sufridos".

En esta misma línea jurisprudencial, podemos citar la STS 225/2004, de 18 de marzo, que refleja lo que ya entonces era una consolidada doctrina de esta Sala, en los términos siguientes:

"A mayor abundamiento, no puede obviarse la reiterada jurisprudencia sobre la responsabilidad objetiva que impone, para los servicios médicos, el artículo 28 de la Ley 26/1984, de 19 de julio , general para la defensa de los consumidores y usuarios: sentencias de 1 de julio de 1997 , 21 de julio de 1997 , 9 de diciembre de 1998 , 29 de junio de 1999 , 22 de noviembre de 1999 , 30 de diciembre de 1999 , 5 de febrero de 2001 , 19 de junio de 2001 , 31 de enero de 2003 ; esta última dice, resumiendo la doctrina jurisprudencial: "A lo anterior debe sumarse la aplicación de la responsabilidad objetiva que respecto a los daños causados por servicios sanitarios establece el artículo 28 de la Ley 26/1984, de 19 de julio , general para la defensa de consumidores y usuarios y que ha sido reiterada por esta Sala en unas primeras sentencias de 1 de julio de 1997 y 21 de julio de 1997 , en la posterior de 9 de diciembre de 1998 y en la reciente de 29 de noviembre de 2002 que dice: "...demandante es consumidor (art. 1), ha utilizado unos servicios (artículo 26), entre los que se incluyen los sanitarios (artículo 28.2) y la producción de un daño

genera responsabilidad objetiva que desarrolla el capítulo VIII (artículos 25 y ss.). Esta responsabilidad de carácter objetivo cubre los daños originados en el correcto uso de los servicios, cuando "por su propia naturaleza, o estar así reglamentariamente establecido, incluyen necesariamente la garantía de niveles determinados de pureza, eficacia o seguridad, en condiciones objetivas de determinación y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad, "hasta llegar en debidas condiciones al usuario. Estos niveles se presuponen para el "servicio sanitario", entre otros. Producido y constatado el daño...se dan las circunstancias que determinan aquella responsabilidad".

Con posterioridad podemos citar las SSTS 267/2004, de 26 de marzo, 527/2004, de 10 de junio, 1157/2007, de 19 de octubre, que razona que es "[...] aplicable el criterio de imputación cifrado en que la legítima expectativa de seguridad inherente a la realización de una intervención quirúrgica en un centro hospitalario comprende la evitación de infecciones hospitalarias o nosocomiales subsiguientes a la intervención (STS 5 de enero 2007)".

En cualquier caso, la doctrina jurisprudencial ha circunscrito la referencia a "servicios sanitarios" a los aspectos funcionales de los mismos, es decir, a los organizativos o de prestación, sin alcanzar a los daños imputables directamente a los actos médicos - actividad médica propiamente dicha sometida a la infracción de la lex artis ad hoc - (SSTS 5/2/2001 ; 26/3/2004 ; 5/1 , 15/11 / y 5/12/2007 , 23/10/2008 , 4/06 y 20/11/2009 , 29/10/2010 ,20/5/2011 o más recientemente 475/2013, de 3 de julio).

Pues bien, en el caso que enjuiciamos, nos hallamos ante una infección nosocomial adquirida en el medio hospitalario a la que es de aplicación la legislación de consumo en su interpretación jurisprudencial antes expuesta. La entidad demandada pretende liberarse de su responsabilidad, negando cualquier clase de defecto organizativo o asistencial, considerando la precitada infección como una indeseada complicación postoperatoria -cuyo germen patógeno no se llegó a conocer- la cual afectó a un paciente de avanzada edad, en muy delicado estado de salud, e inmunodeprimido, señalando que se cumplieron todos los protocolos de evitación de tales enfermedades.

La pionera STS 604/1997, de 1 de julio, admitía la susceptibilidad del juego de la culpa exclusiva, caso fortuito y fuerza mayor, como motivo de oposición exonerador de la obligación de reparar el daño, lo que razonaba en los términos siguientes:

"La culpa exclusiva del paciente -que en el caso no concurre- excluiría la responsabilidad objetiva al interferir en ese conjunto de riesgos asumidos por imperio legal

otros elementos adicionales de riesgo que, en sus consecuencias, económicas, no son aceptables, y en sus consecuencias ético jurídicas son rechazables. También, en un perfil acabado de la responsabilidad objetiva, (no obstante, que esta excepción carezca de respaldo legal expreso), el caso fortuito o la fuerza mayor entendidos como sucesos imprevisibles e inevitables fuera del control de aquellos niveles de exigencias que la determinan, servirán, en principio, para excluir la responsabilidad objetiva al faltar los presupuestos que la justifican".

En la STS 1377/2007, de 5 de enero, cuya doctrina se reproduce en la ulterior 464/2007, de 7 de mayo, se establece, al respecto que:

"El principio culpabilístico en torno al que se articula la responsabilidad extracontractual en el CC, no se opone, en suma, a un criterio de imputación que se funda en la falta de diligencia o de medidas de prevención o de precaución que, al hilo de la normativa específica de protección de los consumidores, debe entenderse ínsita objetivamente en el funcionamiento de un servicio cuando éste se produce de forma diferente a lo que hay derecho y cabe esperar de él en tanto no 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 [...] La atribución del daño a caso fortuito exige que los criterios de imputación fundados en la negligencia o falta de adopción de medidas a los cuales acaba de hacerse referencia no sean aplicables, bien por existir una asunción del riesgo por parte del perjudicado que destruya la imputación objetiva al servicio sanitario (como ocurre con los riesgos inherentes a la propia naturaleza del servicio y con los llamados riesgos del progreso, cifrados en la imposibilidad de conocimiento total de los efectos de los nuevos tratamientos científicamente comprobados), bien por derivar el daño producido por una causa ajena al funcionamiento del servicio sanitario de carácter imprevisible e inevitable".

2. Valoración de la Sala.

Es pronunciamiento de la Audiencia el que sostiene: "Debe tenerse en cuenta que el fallecimiento del Sr. Eutimio el 4 de diciembre no se debió a una infección de la cavidad abdominal, sino por una neumonía nosocomial (adquirida en el centro hospitalario), dicha neumonía no puede imputarse a la deficiente asepsia en la dependencias de la UCI o UVI del hospital, ya que no consta que la esterilización del lugar fuera inadecuada, constando por el contrario que el Hospital había sido felicitado por el buen control del sistema de

higiene o asepsia y que ningún otro paciente hubiera adquirido la neumonía en el tiempo que estuvo ingresado en el hospital". Para añadir, a continuación, que "[...] la neumonía nosocomial adquirida por los pacientes en un establecimiento sanitario no constituye por sí causa de responsabilidad susceptible de derivar una indemnización por parte de centro donde se adquiere o de las aseguradoras que cubren la asistencia sanitaria".

Por su parte, la sentencia del Juzgado, confirmada en este aspecto por la Audiencia, cuyos argumentos ratifica, indica que: "En cuanto a la causa de fallecimiento, consideramos que la parte demandante no prueba que fuera una infección intestinal. Por el contrario, se desprende de la prueba practicada que el Sr. Eutimio falleció a causa de una bronconeumonía nosocomial (infección respiratoria contraída en el medio en el que se encuentra el paciente) cuyo exacto origen no ha podido determinarse. Tampoco resulta probado que los profesionales responsables del hospital San Carlos incurrieran en mala praxis o negligencia a la hora de adoptar las medidas necesarias para prevenir infecciones hospitalarias, ni que en las fechas en que fue tratado el Sr. Eutimio resultaran infectados otros pacientes. Las infecciones hospitalarias son imposibles de evitar en todo caso, y resultan particularmente peligrosas para pacientes intervenidos y de edad avanzada. No puede inferirse del mero hecho de que un paciente contraiga en un hospital una bronconeumonía que ello se deba a una defectuosa actuación profesional".

Pues bien, consideramos infringido el art. 148 del TRLGDCU.

En efecto, no se discute el carácter nosocomial de la infección padecida y la relación de causalidad con la muerte del marido y padre de los demandantes acaecida en la UCI donde fue ingresado, tras la intervención quirúrgica practicada.

Resulta de los hechos probados en la instancia que, el 4 de noviembre de 2010, el paciente acude al hospital con un cuadro clínico de dolor abdominal, tributario de su ingreso, practicándose un TAC al día siguiente, con carácter urgente, lo que implica la existencia de un cuadro clínico a estudio, de diagnóstico a precisar. No obstante, es dado de alta, el día 6 de noviembre, sin conocerse dichos resultados.

Tanto Juzgado como Audiencia declaran expresamente acreditado que dicha prueba diagnóstica no fue conocida, por los facultativos tratantes, hasta el día 9, fecha en la que vuelve a ingresar con deterioro de su estado general, y en la que se apreció una diverticulitis, que fue confirmada en un nuevo TAC efectuado el día 10. Tal circunstancia motivó la intervención quirúrgica, pasando a UVI, en donde falleció 23 días después.

Al margen de que ello constituyó, como señala el Juzgado, un fallo de coordinación o comunicación, incluíble como tal en el art. 148 del TRLGDCU, lo cierto es que la causa de la muerte, según los hechos probados, fue una infección nosocomial adquirida en UCI, en donde permaneció durante un largo periodo de tiempo, hasta su fallecimiento, siendo conocida que la estancia prolongada en dichos servicios incrementa la posibilidad de la infección nosocomial.

El enfermo es evidente que tenía una legítima expectativa de seguridad de no contraer en el centro hospitalario una patología adicional a la que sufría y que precisamente desencadenó su muerte, como también a no ser expuesto a un tratamiento inadecuado que aumentase los riesgos de contraer una complicación como la reseñada. La prestación de los servicios sanitarios, en las debidas y exigidas condiciones de garantía y seguridad, tienen como finalidad prevenir esta tipología de complicaciones.

No podemos compartir, con las sentencias de instancia, que las infecciones nosocomiales son en cualquier caso inevitables, como parece considerar el Juzgado, o que la falta de constancia del origen o causa de la infección nosocomial perjudique la posición jurídica del paciente, pues el juego normativo del art. 148 del TRLGDCU opera a la inversa. Es el centro hospitalario al que, en todo caso, le corresponde justificar la culpa exclusiva de la víctima o el caso fortuito, como evento imprevisible o inevitable, interno a la propia asistencia o actividad hospitalaria, lo que permite distinguirlo de la fuerza mayor.

En principio, el caso fortuito, inherente a la propia actividad prestada, en cuyo ámbito se produce el daño, estaría comprendido dentro del fin de la protección de la norma y su formulación objetiva; no obstante, analicemos si la infección sufrida era imprevisible o inevitable en el contexto del presente pleito.

Pues bien, en cuanto a la culpa exclusiva de la víctima, no podemos achacar al paciente ningún comportamiento imputable a su persona generador de la infección nosocomial contraída, siempre respetó las indicaciones médicas pautadas sin mostrar oposición a las mismas. No figura en ningún momento la existencia de una patología clínica previa, que pudiera complicar su cuadro clínico asistencial.

Las infecciones nosocomiales en modo alguno son imprevisibles. La presencia de gérmenes patógenos en el ámbito hospitalario, su agresividad y resistencia al tratamiento antibiótico es perfectamente conocida. El grado de prevalencia de las mismas es un indicador del nivel de calidad asistencial y todos los hospitales cuentan con protocolos para prevenirlas. Constituyen una preocupación constante de la medicina preventiva. La

minimización del riesgo deviene fundamental y conforma una elemental obligación del centro hospitalario, que se encuentra en una posición de dominio y exclusividad para instrumentar las medidas adecuadas para evitar la proliferación de agentes patógenos.

Cuando se produce una infección nosocomial no se puede anudar a la misma fatalmente la condición de inevitable. Es un riesgo que se puede prevenir y reducir. La experiencia demuestra que la instauración y escrupulosa observancia de protocolos preventivos rebaja considerablemente las infecciones de esta etiología, lo que cuestiona su inevitabilidad como criterio absoluto.

Ahora bien, lo que no basta es contar con protocolos de asepsia y profilaxis, sino se demuestran que son escrupulosamente observados, correspondiendo la carga de la prueba al centro hospitalario en virtud de los principios de disponibilidad o facilidad probatoria (art. 217.7 de la LEC). Difícilmente se puede dar por acreditado la inevitabilidad del daño si se desconoce el agente patógeno causante. O si se pretende deducir su inimputabilidad porque otros pacientes en esas mismas fechas no padecieron una infección de tal clase, pues tal razonamiento no excluye la incuestionable infección nosocomial sufrida. Tampoco es de recibo intentar demostrar la alegada ratio de seguridad del Hospital, a través de una revista de información general y, por lo tanto, no científica acreditada, prescindiendo de estudios o estadísticas oficiales, como sería lo procedente.

La sentencia del Juzgado reconoce que no se pudo determinar el exacto origen de dicha infección nosocomial, así como que tampoco resulta probado que los profesionales responsables del hospital San Carlos incurrieran en mala praxis o negligencia a la hora de adoptar las medidas necesarias para prevenir infecciones hospitalarias, también la Audiencia indica que no consta que la esterilización del lugar fuera inadecuada, pero su régimen de responsabilidad no es subjetivo bajo la carga de la prueba del paciente, que sufre estas patologías.

La falta de constancia de la concurrencia de culpa o negligencia en la adopción de medidas preventivas no puede perjudicar al enfermo, que sufre una patología propiamente hospitalaria, que no padecía a su ingreso, y con respecto a la cual no corre con la carga de la prueba. Al revés es acreedor, como hemos indicado, de la recepción del tratamiento médico hospitalario con las debidas garantías de seguridad. No estamos tampoco enjuiciando la responsabilidad individual de los facultativos tratantes, ni del personal adscrito al servicio de medicina preventiva por infracción de la lex artis ad hoc.

Por otra parte, extraña también la prolongada permanencia en la UVI, si el

resultado de la intervención abdominal no produjo especiales complicaciones en un diligente tratamiento de su patología, así como también la falta de coordinación entre servicios y la demora en la comunicación interna del resultado de un TAC, requerido tras ingreso por el servicio de urgencias, que desde luego no es caprichosamente indicado por ningún facultativo tratante si tan solo se padece un simple dolor abdominal con vómitos.

Por todo el conjunto argumental expuesto, consideramos que la sentencia debe ser casada”.

CUARTO: Aplicación de la doctrina jurisprudencial al supuesto del presente recurso

Si trasladamos la doctrina jurisprudencial reseñada en el anterior fundamento al supuesto del presente recurso, procede la estimación del mismo, por las razones que pasamos a examinar.

Como hemos recogido en el fundamento de derecho segundo de la presente resolución nos encontramos ante un supuesto de infección nosocomial tras el ingreso del paciente-demandante el 15 de julio de 2016 en el [REDACTED] para la intervención quirúrgica de rodilla, con sucesivas intervenciones, y como consta en las actuaciones es en la intervención de 29 de julio de 2016 cuando se toma muestra de líquido sinovial y una vez realizado el cultivo se aísla SASM (Estafilococo Aureus sensible a la penicilina) causante de infección nosocomial, así se recoge en el informe aportado con la demanda suscrito por los doctores [REDACTED], especialmente en los folios 80 y 81 de las actuaciones, y en su conclusión primera: *“El paciente tras una intervención programada y artrocentesis de rodilla ha sufrido una infección nosocomial, infección de sitio quirúrgico, septicemia que antes no presentaba. Pues el paciente padeció de infecciones contraídas durante una estadía en el hospital que no se habían manifestado ni estaban en periodo de incubación en el momento del internado del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48 horas después del internado suelen considerarse nosocomiales. El paciente cumple con los criterios diagnósticos de la infección nosocomial de la OMS”* (folio 82 de las actuaciones, página 15 del informe), lo que no se desvirtúa en el informe pericial de los doctores [REDACTED] al reseñarse en el mismo: *“En el cultivo tomado del líquido sinovial en la primera intervención de limpieza el día 22 (sic) se aisló SAMS*

(Stafilococo Aureus Meticilin Sensible), que es el germen más común que concurre en una infección tras una cirugía. Se instauró tratamiento por parte del servicio de M. Interna Infecciosas con antibióticos intravenoso según antibiograma que posteriormente se pasa a vía oral...” (folio 562 de las actuaciones, página 21 del informe) y en la conclusión quinta *“Se instauró tratamiento antibiótico y se solicita CT por sospecha de infección, que se confirma”* y en la sexta *“En el cultivo del líquido se aisló SAMS...”* (folio 563 de las actuaciones, página 23 del informe).

En las aclaraciones realizadas en el acto del juicio por los peritos Sres. [REDACTED] (a partir de la hora 10:50 del soporte audiovisual), se corrobora la infección nosocomial, y la controversia entre los peritos se centra en si el estafilococo aureus es endógeno (pues se encuentra en uno de cada tres pacientes) o exógeno, sin que pueda determinarse, en el presente caso, su origen exacto, así el [REDACTED] (hora 10:57 y 10:59 del soporte audiovisual), aunque entiende que es quirúrgico al existir relación de causalidad temporal (hora 10:58), de igual modo el [REDACTED] al manifestar que no podría saber cuándo se produjo la infección (hora 11:22), la infección cero no existe, es imposible (hora 11:23), y el [REDACTED] al manifestar que aunque se adopten todas las medidas de asepsia puede producirse (hora 11:28 y 11:32).

De estas pruebas se ha de derivar la responsabilidad objetiva, a los efectos del artículo 148 LGDCU, conforme a la doctrina jurisprudencial desarrollada en el anterior fundamento, sin que puedan tenerse en cuenta los documentos aportados por el [REDACTED] [REDACTED] que obran en las actuaciones (folios 590 y ss.), referidos a los protocolos e informes del precitado Hospital, pues con solo los protocolos e informes no se acredita que se adoptaran, en el presente supuesto, todas las medidas de asepsia y profilaxis, máxime cuando de las pruebas examinadas no puede imputarse la infección, en exclusiva, al paciente, y sin que el no poder determinar el origen concreto, en el presente supuesto, pueda perjudicar al consumidor-demandante, a tales efectos, como se reseña en la precitada STS 18 de julio 2019 *“No podemos compartir, con las sentencias de instancia, que las infecciones nosocomiales son en cualquier caso inevitables, como parece considerar el Juzgado, o que la falta de constancia del origen o causa de la infección nosocomial perjudique la posición jurídica del paciente, pues el juego normativo del art. 148 del TRLGDCU opera a la inversa. Es el centro hospitalario al que, en todo caso, le corresponde justificar la culpa*

exclusiva de la víctima o el caso fortuito, como evento imprevisible o inevitable, interno a la propia asistencia o actividad hospitalaria, lo que permite distinguirlo de la fuerza mayor”.

La sentencia apelada se basa en la sentencia dictada por esta Sección 14ª de 18 de diciembre de 2017 recurso 567/2017, que no tiene relación con el supuesto del presente recurso, pues el supuesto que se examina en la citada sentencia no se trataba de una infección nosocomial y el estafilococo causa de la infección era ajeno tanto a la actuación de los doctores como a la asepsia del entorno hospitalario, y por tanto no es aplicable la responsabilidad objetiva, al señalarse: *“No puede traerse a colación la responsabilidad objetiva, así como la aplicación de la legislación especial referida a consumidores y usuarios, por cuando para su aplicación deberíamos de partir de una infección nosocomial, así el supuesto de la Sentencia de esta Sala de 27 de marzo de 2015 Recurso: 602/2014 , en la que se establece la existencia de infección hospitalaria o nosocomial, supuesto no aplicable al que ahora examinamos, pues como hemos desarrollado en el anterior fundamento nos encontramos ante una infección por estafilococo coagulasa negativo, y por lo tanto, ajeno a la actuación de los doctores que practicaron la intervención el 29 de enero de 2004 y a la asepsia del entorno hospitalario”.*

En consecuencia, al apreciar la responsabilidad, a los efectos artículo 148 TRLGDCU, y no ser controvertido que la demandada es la aseguradora de la responsabilidad civil del [REDACTED], a los efectos del artículo 76 Ley Contrato de Seguro, procede establecer su responsabilidad.

QUINTO: Lesiones y secuelas. Indemnización

Establecida en el anterior fundamento la responsabilidad de la demandada-apelada procede determinar las indemnizaciones correspondientes.

Respecto a las lesiones temporales, a los efectos de los artículos 134 y ss. y tabla 3 de la Ley 35/2015 (en vigor a partir del 1 de enero del 2016), en la demanda se reclama por los siguientes conceptos: a) Por las intervenciones quirúrgicas de los días 22, 25 y 29 de julio 3.000 €, b) Por pérdida de calidad de vida de carácter moderado 234 días (desde la intervención el 15 de julio de 2016 hasta el 5 de abril de 2017, fecha esta última en

la que se realiza la gammagrafia por la que se objetiva que la infección ha desaparecido, menos 30 días que hubiera necesitado para la recuperación de la cirugía del menisco), a razón de 52 €/día, en total 12.168 €.

Entendemos que proceden las indemnizaciones solicitadas en la demanda por estos conceptos, pues los 15.168 € reclamados, coinciden con las indemnizaciones que, respecto de la Tabla 3 de la Ley 35/2015, se establecen por el perito don ██████████ (15.116 €, folios 576 y 577), pues la divergencia viene dada por cuanto este perito establece indemnización por cuatro intervenciones quirúrgicas, incluida la del 15 de julio, pero en la cuantía mínima de 400 €; valora 36 días de perjuicio particular grave y 208 de perjuicio particular moderado. Entendemos más acordes las solicitadas en la demanda pues no puede tenerse en cuenta la intervención inicial, aunque no hay razón para efectuar una valoración mínima a los efectos del artículo 140 Ley 35/2015, y respecto de los días de perjuicio moderado, consta en la actuaciones (folio 264) la gammagrafia ósea realizada el 5-4-2017 en la que se constata “No se aprecian signos de infección ósea activa”.

Por secuelas en la demanda se reclaman 20 puntos (artículos 93 y ss. Ley 35/2015), pues de conformidad al informe pericial de los ██████████, las secuelas consisten en: “Dolor residual miembro inferior derecho, más intenso en rodilla, por artrosis secundaria a artritis séptica. Edema y atrofía cuádriceps miembro afecto Se tienen en cuenta ambos elementos, por lo que se puntúa conjuntamente como: 20 puntos” (folio 83 de las actuaciones). El ██████████ valora las secuelas en: “Artrosis secundaria a artritis séptica” (10-15 puntos) en 10 puntos y “Gonalgia inespecífica” (1-5 puntos) en 1 punto.

Entendemos que hemos de estar a la puntuación solicitada, pues los peritos coinciden en la “artrosis secundaria a artritis séptica” (03192) de la tabla (10-15 puntos), y no vemos razón para que se otorgue una puntuación mínima, y debemos de tener en cuenta las secuelas concurrentes que se reflejan en el informe aportado con la demanda. En consecuencia, al otorgarse 20 puntos, y teniendo en cuenta la edad del lesionado (61 años), procede la cantidad reclamada de 21.795,52 €.

A su vez, se debe de tener en cuenta el perjuicio estético (artículos 102 y 103 Ley 35/2015) por “Cojera tras bipedestación o deambulación prolongada; perjuicio estético

moderado: 7 puntos” (informe pericial aportado con la demanda, folio 83), el perito Dr. [REDACTED] entiende que el perjuicio estético es leve (1-6 puntos) por 3.756,51 € (folio 577). Entendemos que ha de estarse al informe aportado con la demanda, pues la cojera leve se incardina dentro del perjuicio estético moderado, al disponer el artículo 102.2 “e) *Moderado, que corresponde a un perjuicio estético de menor entidad que el anterior, como el que producen las cicatrices visibles en la zona facial, las cicatrices en otras zonas del cuerpo, la amputación de un dedo de las manos o de los pies o la cojera leve*”, máxime cuando se valora en la puntuación mínima. En total 5.435,16 €.

A los efectos del artículo 107 y ss. de la Ley 35/2015 se solicita la indemnización de 30.000 € por “Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas” en el grado de moderado “De 10.000 € hasta 50.000 €” con el incremento del 25% por el concepto de “Perjuicio excepcional”, a los efectos de los artículos 33.5 y 112 Ley 35/2015, si tenemos en cuenta la singularidad del presente supuesto, de conformidad a lo desarrollado en la presente resolución; el perito [REDACTED] entiende que ha de entenderse como leve, pues el paciente tiene reconocida por el total de sus dolencias una discapacidad del 33% (folio 577). Entendemos que hemos de estar a la valoración solicitada en la demanda, pues la cojera impide el desarrollo de actividades relevantes de la vida ordinaria (caminar, hacer deporte, etc.), por lo que se ha de incardinar en el artículo 108.4 al disponer: *“El perjuicio moderado es aquél en el que el lesionado pierde la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal...”*, máxime cuando la indemnización solicitada es intermedia, a los efectos del artículo 109.2 *“Los parámetros para la determinación de la cuantía del perjuicio son la importancia y el número de las actividades afectadas y la edad del lesionado que expresa la previsible duración del perjuicio”*. Por lo que proceden las indemnizaciones y cuantías solicitadas en la demanda.

Por lo tanto, procede fijar las indemnizaciones a favor del demandante en la cantidad de 79.206,35 €.

A su vez, procederán los intereses del artículo 20 Ley Contrato de Seguro, y a tales efectos traemos a colación la precitada STS 18 de julio de 2019 Recurso: 576/2017 *“Procede a la condena de los intereses del art. 20 de la LCS contra las compañías*

aseguradoras, pues como ha destacado la STS 106/2019, de 19 de febrero , "[...] la mora del asegurador no desaparece automáticamente por el hecho de que exista un proceso o deba acudir al mismo, sino únicamente cuando se hace necesario acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar, esto es, cuando la resolución judicial es imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura (entre las más recientes, sentencias 562/2018, de 10 de octubre , 143/2018, de 14 de marzo , 26/2018, de 16 de enero y 73/2017, de 8 de febrero)", dudas que en el presente caso no se han suscitado, toda vez que la cobertura del siniestro no se discute, ni tampoco la realidad de los hechos, el historial clínico del paciente estaba a disposición de la parte demandada, que lo custodiaba en su centro, existiendo una consolidada doctrina jurisprudencial sobre las infecciones nosocomiales".

En conclusión, procede estimar el recurso y revocar la sentencia apelada, estimando la demanda interpuesta en su integridad.

SEXTO: Costas

Al estimarse el recurso en su integridad y, por lo tanto, la demanda, de conformidad al criterio de vencimiento del artículo 394.1 LEC, procede imponer a la demandada las costas de primera instancia.

Al estimarse el recurso, y de conformidad al artículo 398.2 LEC, no procede hacer declaración sobre las costas de esta alzada.

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación.

FALLAMOS

LA SALA ACUERDA: Que **ESTIMANDO** el recurso de apelación interpuesto por [REDACTED], representado por el Procurador DON IGNACIO MELCHOR DE ORUÑA, contra la sentencia dictada el día 13 de junio de 2019 por el Juzgado de Primera Instancia nº 61 de Madrid en el procedimiento de juicio ordinario

registrado con el número 786/2017, debemos REVOCAR la referida resolución en el sentido de ESTIMAR la demanda interpuesta por [REDACTED] contra [REDACTED]

[REDACTED], condenando a la demandada a pagar al actor la cantidad de 79.206,35 €, más intereses del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro y costas de primera instancia, sin hacer declaración sobre las costas de esta alzada.

La estimación del recurso determina la devolución del depósito constituido, de conformidad con lo establecido en la Disposición Adicional 15ª de la Ley Orgánica 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial, introducida por la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, complementaria de la ley de reforma de la legislación procesal para la implantación de la nueva oficina judicial.

MODO DE IMPUGNACION: Contra esta Sentencia no cabe recurso ordinario alguno, sin perjuicio de que contra la misma puedan interponerse aquellos extraordinarios de casación o infracción procesal, si concurre alguno de los supuestos previstos en los artículos 469 y 477 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el plazo de veinte días y ante esta misma Sala, previa constitución, en su caso, del depósito para recurrir previsto en la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial, debiendo ser consignado el mismo en la cuenta de depósitos y consignaciones de esta Sección, abierta en la Oficina num. 1036 de la entidad Banesto S.A., con el número de cuenta [REDACTED] bajo apercibimiento de no admitir a trámite el recurso formulado.

Así, por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

—

PUBLICACION.- Firmada la anterior resolución es entregada en esta Secretaría para su notificación, dándosele publicidad en legal forma y expidiéndose certificación literal de la misma para su unión al rollo. Doy fe

En Madrid, a 23 de junio de 2020

DILIGENCIA: Seguidamente se procede a cumplimentar la notificación de la anterior resolución. Doy fe.