

TRIBUNAL SUPREMO*Sentencia 876/2025, de 2 de junio de 2025**Sala de lo Civil**Rec. n.º 5804/2020***SUMARIO:****Contrato de seguro. Seguro de grandes riesgos. Acción directa contra la aseguradora. Administración sanitaria. Prescripción de la acción.**

A los efectos de la prescripción de la acción y de su día de inicio, los argumentos esgrimidos por la compañía aseguradora no pueden ser acogidos; puesto que no cabe confundir la causa determinante del daño, que fue debida a la anoxia cerebral sufrida durante el parto, que padece el niño, con las consecuencias derivadas de un cuadro clínico de tal clase, que no son iguales en cada caso, y que se desconocen en el momento del alta hospitalaria, al ser fruto de una evolución ulterior que no es la misma en todos los supuestos. No es posible determinar el alcance exacto del daño en el momento en que fue causado; y, en segundo término, en congruencia con el anterior, que el cómputo del plazo para el ejercicio de las acciones resarcitorias no se inicia hasta el conocimiento definitivo de las consecuencias lesivas sufridas, lo que implica la estabilización de las secuelas, toda vez que es, en ese momento, cuando realmente se puede cuantificar el daño causado para ser judicialmente reclamado. Incluso, se ha llegado a reconocer, como día inicial del plazo del cómputo de la prescripción, la expedición de las certificaciones de incapacidad o grados de invalidez expedidas por las administraciones públicas competentes, en tanto en cuanto pueden influir en la cuantificación de la indemnización procedente. En la doctrina médica se entiende por período de «estabilización lesional» o «consolidación lesional» el momento en que las lesiones ya no evolucionan o dejan de tener una evolución normal verificable, sea porque ya no son susceptibles de mejora o desaparición, sea porque no cabe esperar ninguna modificación sino tras un largo periodo. En el caso de bebés o niños, la determinación de la naturaleza, alcance y gravedad de determinadas lesiones puede dilatarse en el tiempo ya que los cambios inherentes a las sucesivas etapas del crecimiento son susceptibles de repercutir en la evolución de dichas lesiones, y lo mismo ocurre con ciertas patologías, como las lesiones neurológicas o cerebrales.

No será de aplicación a los contratos de seguros por grandes riesgos, como es el caso, el mandato que establece el carácter imperativo de los preceptos de la LCS, entre los que se encuentra su art. 3. toda vez que, en esta clase de pólizas, las partes negocian las condiciones convencionales en plano de igualdad, sin hallarse limitada y mermada la capacidad del tomador del seguro para influir sobre el contenido contractual, que no se encuentra exclusivamente predispuesto e impuesto por la compañía aseguradora. No nos hallamos ante los prototípicos contratos de adhesión y prevalece el principio de la libre autonomía de los contratantes, por lo que hemos de estar a los términos del condicionado de la póliza, con la finalidad de determinar la cobertura del seguro que condiciona la acción directa de los demandantes, según el cual no serán objeto del seguro «[] las reclamaciones que estén cubiertas por otras u otras pólizas contratadas con anterioridad.

En cualquier caso, la acción no hubiera prosperado, puesto que la parte demandante optó por la vía administrativa, formulando la correspondiente reclamación previa que fue desestimada, y contra la que formuló recurso contencioso administrativo del que desistió, sin que conste volviere a recurrir en tiempo y forma por dicha vía, y sin que pueda esta Sala de lo Civil revisar el acto administrativo que proclamó la inexistencia de responsabilidad patrimonial de la administración, so pena de invadir ámbitos jurisdiccionales que le son ajenos al corresponder a

Síguenos en...

la jurisdicción contenciosa-administrativa. Optó previamente por exigir la responsabilidad patrimonial al Sergas por vía administrativa, por lo que no puede ahora desviarla a la vía jurisdiccional civil, con ello, se le cerró la posibilidad del ejercicio de la acción directa ante los tribunales civiles.

PONENTE: D. JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG

Magistrados:

JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG
PEDRO JOSE VELA TORRES
ANTONIO GARCIA MARTINEZ

TRIBUNAL SUPREMO
Sala de lo Civil

Sentencia núm. 876/2025

Fecha de sentencia: 02/06/2025

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 5804/2020

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 27/05/2025

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Procedencia: AUD. PROVINCIAL DE BARCELONA, SECCION 11.^a

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Fernando Javier Navalón Romero

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN núm.: 5804/2020

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. Fernando Javier Navalón Romero

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 876/2025

Excmos. Sres.

D. Pedro José Vela Torres

D. José Luis Seoane Spiegelberg

D. Antonio García Martínez

En Madrid, a 2 de junio de 2025.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D. Claudio y D.^a Ángeles, representados por la procuradora D.^a Soledad Valles Rodríguez, bajo la dirección letrada de D. Cipriano Castreje Martínez, contra la sentencia n.º 259/2020, dictada por la Sección 11.^a de la

Síguenos en...



Audiencia Provincial de Barcelona, en el recurso de apelación n.º 249/19, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 937/2016, del Juzgado de Primera Instancia n.º 48 de Barcelona. Ha sido parte recurrida Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, representada por el procurador D. Ignacio López Chocarro y bajo la dirección letrada de D. Miguel José Roig Serrano.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Tramitación en primera instancia

1.-El procurador D. Jesús Sanz López, en nombre y representación de D.ª Ángeles y D. Claudio, interpuso demanda de juicio ordinario contra Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros Generales y Reaseguros, en la que solicitaba se dictara sentencia:

«[p]or la que, estimando la presente demanda:

»1º) Se declare la responsabilidad directa de la demandada.

»2º) Se condene a la demandada, conforme al art. 219.3 de la LEC, a indemnizar a los actores por todos los daños y perjuicios ocasionados a los mismos dejando para un pleito posterior la determinación de las cantidades en las que se concretará dicha indemnización, cantidad que deberá incluir los intereses del artículo 20 de la LCS.

»3º) Se impongan las costas a la demandada».

2.-La demanda fue repartida al Juzgado de primera Instancia n.º 48 de Barcelona y se registró con el n.º 937/16. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.-El procurador D. Ignacio López Chocarro, en representación de Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba:

«[c]on estimación de la excepción procesal de defecto procesal en el modo de preparar la demanda, se requiera al actor la subsanación de dicho defecto, aportando a los autos los informes periciales que se dicen acompañados a la demanda, concediendo a esta parte nuevo plazo desde ese momento para la contestación de la demanda; subsidiariamente, para el caso de no apreciarse la concurrencia de dicha excepción, se dicte en su día sentencia por la que se desestime en su totalidad la demanda deducida de adverso, por apreciación de alguna/s de las excepciones invocadas y, en su defecto, por cuantos hechos y fundamentos de derechos se recogen en el presente escrito, con todos los pronunciamientos favorables, y con imposición de costas a la parte actora en todo caso».

4.-Tras seguirse los trámites correspondientes, la Magistrada-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 48 de Barcelona dictó sentencia de fecha 16 de enero de 2019, con la siguiente parte dispositiva:

«Que estimando íntegramente la demanda interpuesta por el Procurador Sr. Sanz López en nombre y representación de D.ª Ángeles y D. Claudio quienes actúan en nombre propio y en el de sus hijos menores Virgilio y Jenaro contra Segurcaixa Adeslas S.A. de Seguros Generales y Reaseguros debo:

»1.- declarar y declaro la responsabilidad civil directa de la demanda por contrato de aseguramiento que cubre la asistencia sanitaria recibida por la actora Sra. Ángeles en el nacimiento del menor Virgilio.

»2.- condenar y condeno a la demandada a indemnizar a los actores por los daños y perjuicios ocasionados a los mismos derivados de la asistencia sanitaria al parto de la Sra. Ángeles y nacimiento de Virgilio dejando para un pleito posterior la determinación de las cantidades y de los intereses que deban abonarse.

Síguenos en...

»Todo ello con condena en costas a la parte demanda».

Y con fecha 13 de febrero de 2019 dictó auto cuya parte dispositiva es como sigue:

«Que estimando la solicitud formulada por el Procurador Sr. Sanz López en nombre y representación de D^a Ángeles y D. Claudio que actúan en nombre propio y en el de sus hijos menores D. Virgilio y D. Jenaro debo aclarar y aclaro la Sentencia de fecha 16 de enero de 2019 debiendo entenderse que en el apartado primero del FALLO de la misma donde consta que se declara la responsabilidad civil directa de la demanda debe entenderse que consta que se declara la responsabilidad civil directa de la DEMANDADA».

SEGUNDO.- Tramitación en segunda instancia

1.-La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros.

2.-La resolución de este recurso correspondió a la sección 11.^a de la Audiencia Provincial de Barcelona, que lo tramitó con el número de rollo 249/2019, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 8 de septiembre de 2020, cuya parte dispositiva dispone:

«FALLAMOS

»Que ESTIMANDO el recurso de apelación interpuesto por SEGURCAIXA ADESLAS SA contra la Sentencia dictada en fecha 16 de Enero de 2019 por el Juzgado de Primera Instancia núm. 48 de Barcelona en los autos de los que el presente rollo dimana, DEBEMOS REVOCAR LA MISMA, DESESTIMANDO LA DEMANDA PRINCIPAL con absolución de la demandada y sin hacer imposición de costas en ninguna de las dos Instancias».

TERCERO.- Interposición y tramitación del recurso de casación

1.-El procurador D. Jesús Sanz López, en representación de D. Claudio y D.^a Ángeles, interpuso recurso de casación.

Los motivos del recurso de casación fueron:

«A) En el procedimiento de segunda instancia ante la Audiencia Provincial se han vulnerado las siguientes normas de derecho sustantivo: 1968.2 ;1969 y 1973 del Código Civil en relación con el art. 1902 del mismo cuerpo legal y jurisprudencia que lo interpreta, en orden a fijar que el inicio del plazo de prescripción se cuenta a partir del momento en que se determinó el efecto invalidante de las secuelas, puesto que hasta que no se conocen no puede efectuarse la correspondiente reclamación».

«B) Infracción del art.1256 en relación con la vulneración de los artículos 1281- 1289 del Código Civil (sic) y doctrina jurisprudencial que la desarrolla la Sala Primera doctrina en múltiples sentencias entre ellas 506/2016, de 20 de julio, y 1237/2017, de 24 de febrero, 390/2019 de 3 de Julio, 6/2016 de 28 de Enero, 473/2012 de 9 de Julio 2012, además de ser ilógica, e irracional la interpretación sobre la cobertura temporal de la póliza suscrita entre tomador y aseguradora en su interpretación de la cobertura temporal».

2.-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:

«1.º Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. Claudio y D.^a Ángeles contra sentencia n.º 259/2020, dictada el 8 de septiembre, por la Audiencia Provincial de Barcelona (Sección 11.^a) en el rollo de apelación n.º 249/2019, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 937/2016 del Juzgado de Primera Instancia n.º 48 de Barcelona.

»2.º Abrir el plazo de veinte días, a contar desde la notificación de este auto, para que la parte recurrida formalice por escrito su oposición al recurso. Durante este plazo las actuaciones estarán de manifiesto en la Secretaría.

»Contra este Auto no cabe recurso».

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

4.-Por providencia de 8 de abril de 2025 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el 27 de mayo del presente, fecha en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Antecedentes relevantes*

A los efectos resolutorios del presente recurso, partimos de los siguientes antecedentes relevantes:

1.º-Los actores D.ª Ángeles y D. Claudio, como padres del menor Virgilio, interpusieron una demanda en la que ejercitaron la acción directa del artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguro contra la entidad demandada Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros.

2.º-En síntesis, la acción deducida se fundamentó en que la demandante fue asistida en el Hospital DIRECCION000 de Ourense, el 21 de noviembre de 2010, concretamente por el servicio de Ginecología y Obstetricia, en el que dio a luz, a las 17,05 horas del día NUM000, mediante la práctica de una cesárea, a su hijo Virgilio.

El alta hospitalaria se dio el 7 de diciembre de 2010, con el diagnóstico de DIRECCION001, edema cerebral, acidosis metabólica e ictericia, con la pauta de revisiones en neonatología, neurología y atención primaria.

A los 23 meses, el menor fue remitido al servicio de Rehabilitación Infantil por espasticidad y afectación psicomotora con diagnóstico de DIRECCION002. Inicialmente, le fue reconocida una discapacidad del 33% que, a la fecha de la demanda, era del 65%, con dificultades de movilidad para utilizar transportes colectivos, desde el 3 de noviembre de 2015.

Los demandantes estimaron que se había producido un déficit asistencial por defectos en la obtención del consentimiento informado y por haber incurrido el centro hospitalario en una mala praxis médica, que motivó las lesiones sufridas por el niño.

3.º-El conocimiento de la demanda correspondió al Juzgado de Primera Instancia número 48 de Barcelona. La compañía demandada opuso la existencia de un defecto formal en el modo de proponer la demanda, cosa juzgada, falta de legitimación pasiva, prescripción de la acción, así como sostuvo la corrección del proceso asistencial prestado a la demandante.

La sentencia desestimó la excepción de prescripción de la acción, porque la concreción de las lesiones del menor ha requerido una evaluación continuada desde el nacimiento y además la prescripción fue interrumpida por las reclamaciones efectuadas. Consideró que el siniestro estaba cubierto por la póliza suscrita con la demandada, toda vez que la cláusula 2.3 del contrato, referida a su ámbito temporal, era una cláusula limitativa que no cumple las exigencias del artículo 3 de la LCS y, por lo tanto, no era oponible a la reclamación de los demandantes, aunque nos encontremos ante un seguro de grandes riesgos, dado el carácter imperativo de aquel precepto. Proclamó la existencia de una mala praxis y, en consecuencia, estimó la demanda, con declaración de la responsabilidad civil directa de la compañía de seguros demandada a la que condenó a indemnizar a los demandantes los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria al parto de la demandante y el nacimiento de su hijo Virgilio con secuelas, todo ello con reserva para un proceso ulterior de la determinación de las cantidades correspondientes e intereses a abonar.

Síguenos en...

4.º-Contra dicho pronunciamiento judicial se interpuso por la aseguradora el correspondiente recurso de apelación.

La sección 11.ª de la Audiencia Provincial de Barcelona dictó sentencia revocatoria de la pronunciada por el juzgado y desestimó la demanda.

En primer término, se abordó la problemática relativa a la legitimación pasiva de la compañía aseguradora interpelada.

A tales efectos se razonó que el vínculo convencional que une a la administración con la compañía demandada proviene de una póliza de seguro de grandes riesgos suscrita el 1 de julio de 2014.

En el preámbulo del contrato se advierte de que se trata de un seguro de grandes riesgos, y así traducido del gallego consta:

«El contrato, acogiéndose al principio de autonomía de la voluntad de las partes recogido en el artículo 1255 Código Civil, se regirá por sus propios términos contractuales. En defecto de pacto expreso, será de aplicación la ley 50/1980 de Contrato de Seguro y supletoriamente regirán las normas generales sobre obligaciones y contratos o sobre contratos mercantiles contenidas en los códigos Civil y de Comercio».

En el apartado 3 de dicho preámbulo se lee:

«La cobertura del seguro se circunscribe a amparar las reclamaciones que se formulen al Asegurador, por primera vez durante el periodo de vigencia del Seguro, por errores, omisiones o actos negligentes acaecidos tanto durante el referido periodo de vigencia y como con anterioridad a la entrada en vigor del presente contrato con independencia de la fecha de ocurrencia».

En el mismo sentido, la cláusula 2.3 de la póliza, bajo el epígrafe ámbito temporal de cobertura, se señala:

«La cobertura del Seguro se circunscribirá a amparar las reclamaciones que se formulen al Asegurador, por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro, por errores, omisiones o actos negligentes acaecidos tanto durante dicho periodo de vigencia, como con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato con independencia de la fecha en que ocurrieran.

»Se otorgará un plazo de 12 meses posteriores a la cancelación de la póliza para trasladar al Asegurador, las reclamaciones recibidas por el tomador del seguro en vigencia del contrato.

»En ningún caso será objeto del Seguro las reclamaciones que el tomador conociera o pudiera conocer razonablemente antes de la fecha del efecto de la póliza que se suscriba y las reclamaciones que estén cubiertas por otras u otras pólizas contratadas con anterioridad a esta. A sensu contrario, aquellas reclamaciones que no fueran conocidas por el Tomador tendrán cobertura conforme a la presente póliza».

Razona la audiencia que, precisamente, la calificación del contrato suscrito como seguro de grandes riesgos suprime el carácter imperativo de la LCS (art. 44,2, en relación con el art.º 2; art. 73 en relación con el art. 3, y art. 107 LCS) y, por lo tanto, excluye la aplicación de su art. 3. Y continúa su razonamiento la audiencia:

«Lo relevante, una vez declarada la aplicación de la cláusula por su carácter pactado entre iguales es si se cumplen los requisitos para declarar que Adeslas Segurcaixa ha de responder del siniestro, y la respuesta es negativa. Ya se ha indicado que la razón básica de la sentencia de instancia para mantener la legitimación pasiva de la aseguradora demandada era la inaplicación de la cláusula de la limitación, en aplicación del artículo 3 de la LCS. Declarándose que el mismo no se aplica por el alcance del pacto interpares, es preciso considerar el cumplimiento de los requisitos de la reclamación por hechos anteriores a la vigencia y para ello, de forma ineludible es preciso combinar la eventual falta de legitimación con la eventual prescripción de la acción.

»En efecto, la parte actora silenció en la demanda que con carácter previo a su interposición reclamó a otra aseguradora (Zurich seguros) por los mismos hechos, presentando una demanda de conciliación el 29 de julio de 2013 que terminó con la declaración de acto intentado sin efecto el 2 de octubre de 2013. Asumió como acto propio que en ningún momento ha intentado contradecir (fue quien presentó en la audiencia previa la documentación justificativa a los fines de acreditar la interrupción de la prescripción frente a Adeslas), que "los daños causados a Ángeles y a Virgilio sucedieron por culpa de la asistencia sanitaria ... cuya responsabilidad civil cubre la conciliada Zúrich en virtud de la póliza entre ellos suscrita".

»En el clausulado, tal y como se ha transcrito anteriormente, se excluye la cobertura y la vigencia de la póliza por hechos anteriores al 1 de julio de 2014 si la reclamación "está cubierta por otra u otras pólizas contratadas con anterioridad a esta". En principio por tanto existiendo la cobertura de Zurich seguros, no se habría dirigido correctamente la demanda frente a Adeslas Segurcaixa. Una segunda razón de exclusión y falta de cobertura pudiera ser que el tomador conociera o pudiera conocer razonablemente antes de la fecha de los efectos de la póliza el contenido de la propia reclamación. Este extremo es negado por la parte actora y no puede esta sala efectuar una interpretación extensiva de la limitación y los actos de las partes en perjuicio de la parte actora (terceros perjudicados) considerando que la reclamación conciliadora frente a Zurich seguros (que terminó con la incomparecencia de esta y de la declaración del acto de intentado sin efecto) generara la puesta en conocimiento de la asegurada Sergas. De hecho el único dato constatable de puesta en conocimiento es la reclamación administrativa efectuada por los actores que data de 6 de agosto de 2014 y por tanto dentro del tiempo de vigencia de la póliza.

»En definitiva por tanto, no puede directamente declararse el conocimiento de la Tomadora del seguro como consecuencia de dicha reclamación pero sí puede declararse directamente que existía una póliza que amparaba el riesgo por tercero y que excluiría en primer término la cobertura. Otra cosa es sin embargo que el último inciso del pacto limita la exclusión al conocimiento, no a la existencia de la póliza al decir que a sensu contrario aquellas reclamaciones que no fueran conocidas por el tomador tendrán cobertura conforme a la presente póliza».

No obstante, explica la audiencia que sería un contrasentido entender que la reclamación efectuada a la aseguradora Zurich sirviera para interrumpir la prescripción con respecto a la tomadora Sergas y que, al mismo tiempo, no constituyera el conocimiento de la reclamación a los efectos de construir la cobertura de la compañía Adeslas.

A los efectos del cómputo del plazo del año de prescripción, señala la sentencia de la audiencia que el hecho lesivo se produjo entre los días 21 y NUM000 de 2010. No obstante, el diagnóstico estaba pendiente de una resonancia magnética cerebral, que fue realizada el 9 de mayo de 2013 y valorada el 3 de junio de 2013, con el diagnóstico de DIRECCION003, que se manifiesta clínicamente por una forma leve de DIRECCION002. Las actuaciones médicas posteriores o son de confirmación, como el informe del hospital DIRECCION004 de fecha 3 de junio de 2014, o son de evaluación del grado de dependencia o del tratamiento del diagnóstico definitivo.

No se inició la vía administrativa hasta el mes de agosto de 2014, y se agotó el 6 de julio de 2015, desestimándose la reclamación administrativa, posteriormente se desistió de la demanda contencioso-administrativa por medio de decreto de 19 de octubre de 2015.

Continúa su argumentario el tribunal con la advertencia de que, entre el diagnóstico y la reclamación administrativa, transcurre más de un año, y que solo se vería interrumpido a través del acto de conciliación promovido frente a Zúrich que, para afectar a la tomadora del seguro Sergas, tendría que suponer conocimiento de la reclamación, en cuyo caso la falta de legitimación pasiva concurriría. Lo expuesto implica o la falta de cobertura o la prescripción. En cualquier caso, la desestimación de la demanda deducida.

5.º-Contra la sentencia se interpuso recurso de casación.

Síguenos en...



SEGUNDO.- *Los motivos del recurso de casación*

El recurso de casación se fundamenta en sendos motivos.

A través del primero de ellos, se alega la infracción de los artículos 1968.2, 1969 y 1973 del Código Civil (en adelante CC), en relación con el artículo 1902 del referido texto legal, con respecto al cómputo del día inicial del plazo de prescripción. Se cita como jurisprudencia infringida la recogida en la STS 279/2020, de 10 de junio, que aborda un supuesto similar al que constituye el objeto del presente proceso, y las citadas en ella.

En su desarrollo, reprochó al tribunal provincial que no hubiera valorado la evolución de la minusvalía padecida por el niño que, en diciembre de 2012, era del 33%, mientras que, a 22 de diciembre de 2015, era del 65%. Añade que no hubo, en ningún momento, abandono de la acción por parte de los recurrentes, y que la reclamación administrativa es de fecha agosto de 2014, y, por lo tanto, dentro del tiempo de vigencia de la póliza de Segurcaixa.

El segundo motivo del recurso de casación, se construye sobre la base de la infracción de los artículos 1256, en relación con los artículos 1281 a 1289 todo ellos del Código Civil y doctrina jurisprudencial sobre la interpretación de los contratos, en tanto en cuanto la postulada por la audiencia es ilógica e irracional con respecto a la cobertura temporal de la póliza suscrita entre tomador y aseguradora.

La parte recurrida se opuso al recurso.

Con respecto al primero de los motivos de casación, la aseguradora entiende que la DIRECCION002 infantil secundaria a una encefalopatía neonatal constituye una manifestación de daños permanentes, toda vez que se producen en el momento de la anoxia cerebral, cosa distinta es la expresión clínica de tales daños que puede variar a lo largo del tiempo a medida que el cerebro madura, lo que apoya con cita de sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo.

Añade que, aun admitiendo que el día inicial del cómputo del plazo de prescripción fuera el 3 de junio de 2013, resulta que la primera reclamación contra la administración sanitaria no se produce hasta el 29 de julio de 2014, por lo que ha transcurrido el plazo del año para el ejercicio de la acción, sin que ningún efecto de interrupción pueda atribuirse a la demanda de conciliación interpuesta, el 29 de julio de 2013, contra Zurich, entonces aseguradora de la administración, y no contra Segurcaixa, ni contra el Sergas, con cita de la STS 332/2022, de 27 de abril, del pleno.

En cuanto al motivo segundo del recurso de casación, también se considera improcedente, toda vez que es clara la interpretación de la cláusula 2.3 de la póliza de grandes riesgos concertada con la entidad demandada, que excluye la cobertura del presente siniestro.

Por último, se sostiene que, en cualquier caso, procedería la desestimación del recurso de casación por la carencia manifiesta de efecto útil. Para apoyar tal alegato cita las sentencias de esta sala 321/2019, de 5 de junio y 579/2019, de 5 de noviembre, toda vez que, al haber adquirido firmeza la resolución administrativa que denegó la reclamación indemnizatoria formulada y desistido del recurso contencioso-administrativo interpuesto, la inexistencia de responsabilidad patrimonial del Sergas ha sido proclamada, sin que quepa la revisión de un acto administrativo a través de un pronunciamiento de la jurisdicción civil (además de las citadas, las SSTS 473/2020, 501/2020 y 358/2021, entre otras).

TERCERO.- *Examen del primer motivo del recurso de casación*

La sentencia del tribunal provincial señala que la demanda no puede ser estimada, bien porque la acción está prescrita o bien porque la compañía de seguros adolece de falta de legitimación pasiva, al no comprender la póliza la cobertura del siniestro.

La sentencia recurrida considera que la acción está prescrita, puesto que la entidad real del daño ya constaba el 3 de junio de 2013, con el diagnóstico de DIRECCION003, que se

Síguenos en...



manifiesta clínicamente por una forma leve de DIRECCION002 disimétrica, y las actuaciones médicas posteriores o son de confirmación, como el informe de 3 de junio de 2014 del Hospital DIRECCION004, o son de evaluación de la dependencia o de determinación del grado de discapacidad definitivo del menor.

La compañía de seguros señala, por su parte, que la DIRECCION002 infantil secundaria a una encefalopatía neonatal constituye una manifestación de daños permanentes, toda vez que se producen en el momento de la anoxia cerebral y no evolucionan en ningún sentido; cosa distinta es la expresión clínica de tales daños que puede variar a lo largo del tiempo a medida que el cerebro madura.

Previamente, a abordar la decisión del presente motivo, hemos de precisar que la determinación de la existencia de prescripción extintiva no es únicamente una cuestión fáctica, que derive de la apreciación de la actividad probatoria desplegada en el proceso, sino que contiene indiscutibles connotaciones jurídicas que posibilitan su discusión a través del recurso extraordinario de casación, a los efectos de determinar si se ha procedido a la adecuada interpretación y aplicación de los preceptos legales que la regulan (SSTS 896/2011, de 12 de diciembre, 74/2019, de 5 de febrero, 326/2019, de 6 de junio, entre otras). Así lo declaran, respecto al *dies a quo* (día inicial) del cómputo del plazo de prescripción, las SSTS de 27 de mayo de 2009, rec. 2933/2003 y 279/2020, de 10 de junio, entre otras.

Los argumentos esgrimidos por la compañía aseguradora no pueden ser acogidos; puesto que no cabe confundir la causa determinante del daño, que fue debida a la anoxia cerebral sufrida durante el parto, generadora de la DIRECCION002 que padece el niño, con las consecuencias derivadas de un cuadro clínico de tal clase, que no son iguales en cada caso, y que se desconocen en el momento del alta hospitalaria, al ser fruto de una evolución ulterior que no es la misma en todos los supuestos.

En efecto, la apreciación de la prescripción, tratándose de daños causantes de lesiones corporales, ha recibido un tratamiento específico desde una doble perspectiva; primero, con carácter general, bajo la premisa de que no es posible determinar el alcance exacto del daño en el momento en que fue causado; y, en segundo término, en congruencia con el anterior, que el cómputo del plazo para el ejercicio de las acciones resarcitorias no se inicia hasta el conocimiento definitivo de las consecuencias lesivas sufridas, lo que implica la estabilización de las secuelas, toda vez que es, en ese momento, cuando realmente se puede cuantificar el daño causado para ser judicialmente reclamado.

En este sentido, la constancia de las secuelas resultantes conforma un elemento básico para el ejercicio de la acción resarcitoria como consecuencia de la doctrina de la *actio nondum nata non praescribitur* (la acción antes del nacimiento no prescribe) como recuerdan, entre otras, las SSTS 340/2010, de 24 de mayo; 279/2020, de 10 de junio; 92/2021, de 22 de febrero y 17/2024, de 9 de enero; regla en virtud de la cual la parte que ejercita la acción ha de contar con los elementos fácticos y jurídicos idóneos para fundar una situación plena para litigar, lo que exige que el perjudicado tenga un conocimiento preciso de la entidad de los perjuicios sufridos (SSTS 480/2013, de 19 de julio; 326/2019, de 6 de junio; 279/2020, de 10 de junio y 584/2025, de 21 de abril).

Incluso, se ha llegado a reconocer, como día inicial del plazo del cómputo de la prescripción, la expedición de las certificaciones de incapacidad o grados de invalidez expedidas por las administraciones públicas competentes, en tanto en cuanto pueden influir en la cuantificación de la indemnización procedente.

De esta forma se expresa, por ejemplo, la STS 480/2013, de 19 de julio, cuando señala:

«[s]i se ha seguido expediente para dirimir definitivamente cuáles han sido las consecuencias de repercusión de las lesiones en la capacidad laboral del trabajador o si el demandante no se hubiera conformado en su día con la resolución administrativa correspondiente sobre el grado de su incapacidad, el día inicial del plazo de prescripción es aquel en que se resuelva definitivamente la reclamación del perjudicado contra la decisión administrativa sobre el grado

de su incapacidad, pues sólo entonces podrá detallar en su demanda civil el definitivo daño sufrido (SSTS de 22 de noviembre de 1999, 21 de diciembre de 1999, 22 de enero de 2003, 13 de febrero de 2003, 1 de febrero de 2006, 20 de septiembre de 2006; 7 de febrero de 2007 RC n.º 1435/2000; 7 de octubre de 2009, RC n.º 1207/2005; 24 de mayo de 2010, RC n.º 644/2006 y 25 de mayo de 2010, RC n.º 2036/2005)».

En este aspecto, la jurisprudencia de la Sala 3.ª del Tribunal Supremo es similar a la mantenida por esta Sala 1ª, bastando para ello, como mero botón de muestra, la reseña de la STS 463/2019, de 4 de abril, de la sección 5.ª, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de este Alto Tribunal, y las citadas en ella.

Por su parte, el artículo 67 de la Ley 39/2015, que coincide con lo previsto en su momento por el artículo 142.5 de la derogada Ley 30/1992, establece que el plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial prescribirá:

«[a] año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas».

En un caso similar al presente, nos manifestamos en la STS 279/2020, de 10 de junio, aplicando la jurisprudencia expuesta, en los términos siguientes:

«En primer lugar, no cabe identificar el proceso causal desencadenante del daño corporal sufrido por el menor, que se produjo durante el parto en el que padeció una encefalopatía hipóxico-isquémica, es decir un cuadro clínico caracterizado por secuelas motoras y neuropsicológicas secundarias a la falta de oxígeno por cese de flujo sanguíneo cerebral, con la determinación del día inicial del cómputo del plazo del año para el ejercicio de la acción, lo que requiere la determinación definitiva de las secuelas, como presupuesto necesario para postular la indemnización correspondiente, que ha de ser condigna con el daño real y efectivo padecido para garantizar la indemnidad de la víctima.

»Pues bien, es obvio que una patología de tal clase puede causar una gama amplísima de discapacidades por afectación de distintas funciones, con diferentes intensidades y variable duración, tanto en el terreno motor, sensorial, conductual, cognitivo, emocional, de integración social, etc., con la presentación de una posible pluralidad de trastornos motores, DIRECCION002, de la alimentación, del lenguaje, visuales, pérdida auditiva, epilepsia, entre otros, susceptibles de manifestarse con el desarrollo del menor.

»Es, por ello, que la determinación de las secuelas es difícil de establecerla en los primeros meses de la vida del niño, puesto que la medicina nos enseña, como máxima de experiencia científica, que pueden ser objeto de una progresiva manifestación. En cualquier caso, el seguimiento del menor es pauta indeclinable a tales efectos».

Por su parte, la STS 562/2025, de 9 de abril, precisa que:

«En la doctrina médica se entiende por período de «estabilización lesional» o «consolidación lesional» el momento en que las lesiones ya no evolucionan o dejan de tener una evolución normal verificable, sea porque ya no son susceptibles de mejora o desaparición, sea porque no cabe esperar ninguna modificación sino tras un largo periodo, de modo nos hallamos ante una secuela o cambio permanente en la integridad física o psicológica.

»Desde un punto de vista médico-legal, la estabilización lesiva vendría determinada por dos consideraciones: (i) la finalización del tratamiento curativo activo, es decir, que se consideren agotadas las posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras tendentes a acortar el tiempo de duración de las lesiones, o disminuir el menoscabo producido (secuela); y (ii) la estabilización de la evolución aguda de las lesiones, que es el momento en el que las lesiones se transforman en secuelas, por la ausencia de evolución de las mismas y que en la práctica clínica se corresponde con el momento en el que el médico asistencial decide que ya no son necesarias nuevas revisiones, ni tratamiento alguno (salvo para evitar una agravación).

Síguenos en...



»Así, la consolidación lesional, en cuanto concepto médico, resulta de la conjunción de dos factores, la estabilización de los trastornos o el detenimiento de la evolución aguda, y el fin de la terapéutica activa curativa. De ahí se concluye que la estabilización se refiere al momento a partir del cual no se espera razonablemente obtener mejorías significativas del proceso lesivo, una vez agotados todos los recursos terapéuticos, de manera que, o se produce una curación, o se establece una secuela.

»Ahora bien, la ciencia médica también nos enseña que existen factores que inciden en esta regla general, como pueden ser la edad del lesionado y la naturaleza de las lesiones. En el caso de bebés o niños, la determinación de la naturaleza, alcance y gravedad de determinadas lesiones puede dilatarse en el tiempo ya que los cambios inherentes a las sucesivas etapas del crecimiento son susceptibles de repercutir en la evolución de dichas lesiones, o en la aparición de otras inicialmente no previstas. Y lo mismo ocurre con ciertas patologías, como las lesiones neurológicas o cerebrales, en que su desenvolvimiento y la concreción de los efectos en el interesado puede dilatarse en el tiempo».

Pues bien, la entidad demandada señala que, en el mejor de los casos para la parte demandante, el cómputo del plazo de prescripción debía contarse a partir del resultado de la RMN cerebral, que contiene la correspondiente impresión diagnóstica en que se señala que los resultados obtenidos «[s]on concordantes con el precedente síndrome hipóxico-isquémico y neonatal y se manifiesta clínicamente de una forma leve de DIRECCION002». Ahora bien, dicho informe no contiene evaluación de las secuelas que tal patología causa al menor; es más aconseja nueva valoración dentro de un año.

Además, obran en autos otros informes que permiten cuestionar que la consolidación de las lesiones se produjera en tal fecha. Así, se inicia el tratamiento de logopedia en septiembre de 2013, con la finalidad de explorar e intervenir en las dificultades de comunicación y babeo.

En el informe de pediatría de 4 de febrero de 2014, consta que se solicita valoración en hospital de referencia nacional por patología de encefalopatía hipóxico isquémica y, en el informe de Neurología del Hospital DIRECCION004 de 3 de junio de 2014, señala que aún no controla esfínteres (empezará a entrenarlo este verano).

El informe de 27 de marzo de 2014 del Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario DIRECCION005 de Ourense indica que continúa tratamiento rehabilitador, sin constancia de que sea de mantenimiento sin opción de mejora.

Obra otro informe del Servicio de Pediatría, en el que se le da de alta al menor, el 8 de julio de 2014, con seguimiento por neuropediatra con apoyo logopédico y rehabilitador.

Nueva manifestación de la evolución del conjunto secuelar sufrido se encuentra en los informes del grado de discapacidad del niño, apreciado por la Sección de Cualificación y Valoración de Discapacidad de la Consellería de Trabajo e Benestar de la Xunta de Galicia, que la fijó inicialmente, desde el 15 de noviembre de 2012, en el 33% y, con efectos de 3 de noviembre de 2015, se determinó en un 65%.

El informe pericial aportado por la entidad demandada elaborado por un especialista en ginecología y obstetricia, no en pediatría, ni neurología, dictamina, según su criterio, sobre el proceso asistencial del parto del niño, que considera conforme a la *lex artis ad hoc*; pero no sobre la índole y estabilización de las secuelas del menor, que es la cuestión que ahora nos interesa al juzgar sobre la prescripción de la acción ejercitada.

El 1 de agosto de 2014, se inicia expediente de reclamación administrativa previa para la exigencia de responsabilidad patrimonial contra la administración. La instructora del procedimiento presenta informe de 23 de enero de 2015, con propuesta de desestimación de la petición formulada.

Consta igualmente informe del Consejo Consultivo de Galicia de 11 de marzo de 2015, favorable a la propuesta desestimatoria de la pretensión ejercitada, que es definitivamente

desestimada, en vía administrativa, por resolución del 6 de julio de 2015 de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia.

Contra dicha resolución se formuló recurso contencioso del que se desistió por la parte recurrente. De esta manera, concluyó el procedimiento judicial promovido por decreto de 19 de octubre de 2015 del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 1 de Santiago de Compostela, y la presente demanda civil se registró el 21 de septiembre de 2016.

Al realizar la valoración jurídica sobre la prescripción apreciada hemos de ponderar el carácter restrictivo que tiene la prescripción de acciones, lo que determina que su aplicación por los tribunales deba realizarse con rigor y cautela (SSTS 877/2005, de 2 de noviembre; 134/2012, de 27 de febrero; 623/2016, de 20 de octubre; 708/2016, de 25 de noviembre, 721/2016, de 5 de diciembre y 326/2019, de 6 de junio entre otras muchas).

Por su parte, las SSTS 623/2016, de 20 de octubre; 721/2016, de 5 de diciembre y 279/2020, de 10 de junio, advierten sobre la conexión de la prescripción con el derecho a la tutela judicial efectiva en su vertiente de acceso a la jurisdicción, en tanto en cuanto su estimación adquiere relevancia constitucional cuando sea el resultado de una interpretación y aplicación que por su rigorismo, formalismo excesivo o desproporción, se convierta en un obstáculo injustificado para resolver sobre la pretensión deducida, con cita de la STC 148/2007, de 18 junio.

En cualquier caso, es la parte demandada, que opone la excepción de prescripción, la que debe probar el hecho que da lugar al comienzo del cómputo del plazo prescriptivo, de manera que la indeterminación de ese día inicial o las dudas que sobre el particular puedan surgir no deben, en principio, resolverse en contra de la parte a cuyo favor juega el derecho reclamado, sino en perjuicio de aquella otra que pretende su extinción precisamente con base en la supuesta extemporaneidad de la pretensión contra ella ejercitada (SSTS 1139/1993, de 3 de diciembre; 874/1997, de 6 de octubre; 757/2001, de 24 de julio y 197/2003, de 5 de marzo, entre otras).

En virtud de las consideraciones precedentemente expuestas, consta que, tras la práctica de la RMN y su informe en el mes de junio de 2013, se continuó el tratamiento terapéutico del menor, que no se encontraba clausurado, bajo juicio facultativo de estabilización de las lesiones sufridas, cuando se formuló la reclamación administrativa previa, que interrumpió el plazo prescriptivo en julio de 2014, y cuando consta además un alta de pediatría de 8 de julio de dicho año.

Es sabido, además, que el desistimiento de una demanda interrumpe el curso prescriptivo de una acción como reclamación judicial (STS 31 de enero de 1992), y que la acción dirigida contra el asegurado interrumpe la acción contra la compañía de seguros (STS 161/2019, de 14 de marzo).

Ahora bien, cuestión distinta, como luego veremos, es la incidencia que sobre la acción directa contra la aseguradora de la Administración tenga el acto administrativo de inexistencia de responsabilidad patrimonial declarada.

Por lo tanto, este primer motivo del recurso debe ser estimado.

CUARTO.- Examen del segundo motivo del recurso de casación

Este segundo motivo se fundamenta en la incorrección de la apreciación de la falta de legitimación pasiva de la compañía aseguradora interpelada.

A los efectos de examinar el recurso, debemos de partir de la naturaleza del contrato suscrito entre el Sergas y la compañía demandada Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros Generales y Reaseguros, entidades que se encuentran contractualmente vinculadas por medio de una póliza de responsabilidad civil y patrimonial de 2 de julio de 2014, configurada como un seguro de grandes riesgos.

En efecto, no es cuestión debatida de que nos encontramos ante un seguro de tal naturaleza (art. 107.2 c de la LCS, en la redacción dada por la disposición adicional sexta de Ley 30/1995, del 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, vigente a la fecha de la contratación, actual art. 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras), tal y como se recoge expresamente en el condicionado de la póliza suscrita, sometida, por consiguiente, a lo normado en el art. 44.2 de la LCS, según el cual «[n]o será de aplicación a los contratos de seguros por grandes riesgos, tal como se delimitan en esta Ley, el mandato contenido en el artículo 2 de la misma», que establece el carácter imperativo de los preceptos de la LCS, entre los que se encuentra su art. 3.

La calificación del seguro suscrito de tal forma tiene indiscutibles repercusiones jurídicas, toda vez que, en esta clase de pólizas, las partes negocian las condiciones convencionales en plano de igualdad, sin hallarse limitada y mermada la capacidad del tomador del seguro para influir sobre el contenido contractual, que no se encuentra exclusivamente predispuesto e impuesto por la compañía aseguradora. No se da pues esa disímil y asimétrica posición entre los contratantes que explica el régimen tuitivo del contrato de seguro. La entidad e intensidad del riesgo es conocida por ambas partes que cuentan con facultades de determinación de su contenido y del régimen de cobertura pactado.

En definitiva, no nos hallamos ante los prototípicos contratos de adhesión al condicionado general de las pólizas impuestas por las aseguradoras en su contratación en masa, sino ante contratos negociados en un plano de igualdad, con asesoramiento profesional, fundado en las coberturas negociadas que mejor se adapten a las necesidades de quien se encuentra expuesto al riesgo (SSTS 78/2014, de 3 de marzo y 545/2020, de 20 de octubre).

No operan, en esta tipología de seguros, la naturaleza imperativa de las normas que disciplinan el referido contrato sino que prevalece el principio de la libre autonomía de los contratantes (SSTS 269/2009, de 23 de abril; 22/2011, de 31 de enero; 78/2014, de 3 de marzo; 117/2019, de 22 de febrero y 545/2020, de 20 de octubre entre otras), si bien, esto no quiere decir que el articulado de la póliza no deba ser claro y no deje dudas sobre la intención de los contratantes, con la finalidad básica de establecer el alcance de la vinculación entre las partes.

Bajo las premisas expuestas, en la póliza litigiosa, consta que:

«El contrato, acogiénose al principio de autonomía de la voluntad de las partes recogido en el artículo 1255 Código Civil, se regirá por sus propios términos contractuales. En defecto de pacto expreso, será de aplicación la ley 50/1880 de Contrato de Seguro y supletoriamente regirán las normas generales sobre obligaciones y contratos o sobre contratos mercantiles contenidas en los códigos Civil y de Comercio».

Una vez delimitada la clase de seguro suscrito y por las razones expuestas, hemos de estar a los términos del art. 2.3 del condicionado de la póliza, con la finalidad de determinar la cobertura del seguro que condiciona la acción directa de los demandantes.

En dicha cláusula consta:

«La cobertura del Seguro se circunscribirá a amparar las reclamaciones que se formulen al Asegurador, por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro, por errores, omisiones o actos negligentes acaecidos tanto durante dicho periodo de vigencia, como con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato con independencia de la fecha en que ocurrieran.

»Se otorgará un plazo de 12 meses posteriores a la cancelación de la póliza para trasladar al Asegurador, las reclamaciones recibidas por el tomador del seguro en vigencia del contrato.

»En ningún caso será objeto del Seguro las reclamaciones que el tomador conociera o pudiera conocer razonablemente antes de la fecha del efecto de la póliza que se suscriba y las reclamaciones que estén cubiertas por otras u otras pólizas contratadas con anterioridad a esta. A sensu contrario, aquellas reclamaciones que no fueran conocidas por el Tomador tendrán cobertura conforme a la presente póliza».

Síguenos en...



Pues bien, de su literalidad, primer criterio interpretativo (art. 1281 CC), resulta que no serán objeto del seguro «[l]as reclamaciones que estén cubiertas por otras u otras pólizas contratadas con anterioridad a esta» (ver párrafo tercero), y de la propia documental aportada por la demandante resulta que tal cobertura existía con respecto a la compañía de seguros Zurich, contra la que, incluso, los demandantes dirigieron un acto de conciliación que resultó intentado sin efecto, requiriéndole al resarcimiento del daño.

Es cierto que la póliza cubre «las reclamaciones que se formulen al Asegurador, por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro», pero siempre que no gocen de cobertura en póliza concertada con otra compañía a la que, además, le formularon previamente la oportuna reclamación.

No opera la circunstancia de que las cláusulas *claim madesean*, por ministerio de ley, limitativas (art. 73 LCS), dado que no entra en este caso en juego del art. 3 LCS.

Este motivo, por consiguiente, no puede ser estimado.

QUINTO.- Carencia de fundamento del recurso

En cualquier caso, la acción no hubiera prosperado, puesto que la parte demandante optó por la vía administrativa, formulando la correspondiente reclamación previa que fue desestimada, y contra la que formuló recurso contencioso administrativo del que desistió, sin que conste volviese a recurrir en tiempo y forma por dicha vía, y sin que pueda esta Sala de lo Civil revisar el acto administrativo que proclamó la inexistencia de responsabilidad patrimonial de la administración, so pena de invadir ámbitos jurisdiccionales que le son ajenos al corresponder a la jurisdicción contenciosa-administrativa (art. 9.4 LOPJ).

En el proceso, que ahora enjuiciamos, no se accionó, de forma exclusiva, contra la aseguradora de la administración por la vía del art. 76 de la LCS, sino que se optó previamente por exigir la responsabilidad patrimonial al Sergas por vía administrativa, por lo que no puede ahora desviarla a la vía jurisdiccional civil, promoviendo una acción contra la aseguradora de la administración sanitaria, cuando existe un acto administrativo que proclama la inexistencia de dicha responsabilidad, y cuando la cobertura del seguro se encuentra subordinada a la existencia de una conducta antijurídica por parte de la administración asistencial sanitaria.

De esta forma, nos hemos manifestado reiteradamente (SSTS 473/2020, de 17 de septiembre, de Pleno; 501/2020, de 5 de octubre, 1519/2023, de 6 de noviembre; 169/2024, de 12 de febrero y 1488/2024, de 11 de noviembre).

Como manifestación de lo expuesto, la STS 119/2022, de 15 de febrero, cuya doctrina reproduce la STS 1488/2024, de 11 de noviembre, señala que:

«[l]a acción directa por vía civil contra la compañía aseguradora de la Administración exige no haber acudido previamente a la vía administrativa, pues si el perjudicado se somete voluntariamente a ésta no puede posteriormente acudir a los tribunales civiles para obtener la revisión de actos administrativos.

»Por otra parte, la constatación de la responsabilidad del asegurado es presupuesto básico para que pueda prosperar la acción directa ejercitada contra la entidad aseguradora (sentencias 20 diciembre 1989, 15 junio 1995, 469/2001, de 17 de mayo y 129/2022, de 21 de febrero, entre otras), de tal modo que la inexistencia de responsabilidad de la administración sanitaria (art. 73 LCS) excluye la obligación de la aseguradora.

»En el presente caso, la demandante promovió expediente administrativo de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y dejó que la resolución desestimatoria dictada en dicha vía adquiriera firmeza. Con ello, se le cerró la posibilidad del ejercicio de la acción directa del art. 76 de la LCS ante los tribunales civiles, al ser presupuesto condicionante de su estimación la existencia de la responsabilidad patrimonial de la administración, y en la vía inicialmente elegida por la demandante dicha responsabilidad se declaró inexistente en pronunciamiento firme».

SEXO.- Costas y depósito

Al estimarse, al menos en parte, el recurso de casación con respecto a la excepción de prescripción, no efectuamos condena en costas (art. 398 LEC); ahora bien, al confirmarse la sentencia de la audiencia decretamos la pérdida del depósito constituido para recurrir dado que la petición revocatoria que contiene no ha sido acogida.

FALLO

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

:

1.º-Estimar el primer motivo del recurso de casación y desestimar el segundo de ellos, interpuestos contra la sentencia 259/2020, de 8 de septiembre, dictada por la sección undécima de la Audiencia Provincial de Barcelona, en el recurso de apelación n.º 249/2019, todo ello sin hacer especial pronunciamiento en costas, y con pérdida del depósito constituido para recurrir.

2.º-Se confirma el fallo de la sentencia dictada por el precitado tribunal provincial.

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.

El contenido de la presente resolución respeta fielmente el suministrado de forma oficial por el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ).

Síguenos en...

