

BASE DE DATOS DE Norma DEF.-

Referencia: NCJ064568

TRIBUNAL SUPREMO

Sentencia 556/2019, de 22 de octubre de 2019

Sala de lo Civil

Rec. n.º 1896/2016

SUMARIO:

Seguro de enfermedad y asistencia sanitaria. Mala praxis médica. Lesiones cerebrales de recién nacido tras el parto. Indemnización de daños y perjuicios. Intereses de demora. Día inicial del cómputo. El presente recurso de casación dimana de un pleito en el que la compañía de seguros de salud demandada-apelante ha sido declarada civilmente responsable por una mala praxis médica de profesionales de su cuadro, si bien la controversia desde la segunda instancia se centra únicamente en si le es de aplicación el régimen de mora establecido en el art. 20 LCS. La sala ha declarado con anterioridad que tratándose de seguros de asistencia sanitaria y existiendo una condena firme de la aseguradora sanitaria con base en el art. 1903.4 CC, pero por razón del contrato de seguro y fundada en el incumplimiento de sus obligaciones contractuales -en tanto que estas comprendían no solo la obligación de prestar los servicios médicos a sus afiliados sino también la obligación de garantizarles una correcta atención-, la consecuencia de todo ello y de la producción de un daño resarcible en el patrimonio del asegurado tras la verificación del siniestro o la materialización del riesgo debía ser la aplicación del recargo por mora del art. 20 LCS a los seguros de asistencia sanitaria, porque este precepto no piensa únicamente en el incumplimiento de la prestación característica e inmediata del asegurador, sino que alcanza a todas las prestaciones convenidas vinculadas al contrato de seguro de asistencia, en virtud del cual se la condena. Es jurisprudencia reiterada que el recargo por mora del asegurador, dado su marcado carácter sancionador y su finalidad claramente preventiva, 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. En el caso, el conocimiento inmediato del siniestro y de su causa más probable debió llevar a la aseguradora a asumir de modo inmediato sus responsabilidades. En cuanto al día inicial del cómputo, se sitúa en la fecha del siniestro. Esta regla general tiene dos excepciones: la primera, referida al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, implica que si no han cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o en la ley, el término inicial del cómputo será el de la comunicación y no la fecha del siniestro; y la segunda, referida al tercero perjudicado o sus herederos, determina que excepcionalmente será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del ejercicio de la acción directa cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción por el perjudicado o sus herederos. En el presente caso la aseguradora no alegó nada en su contestación a la demanda sobre el comienzo del devengo de los intereses, pero en cualquier caso no se advierten razones para no estar a la regla general que sitúa el día inicial del devengo en la fecha del siniestro, pues la aseguradora fue conocedora del mismo casi al tiempo de producirse, ya que autorizó el traslado del recién nacido a un hospital público tras el parte de siniestro elaborado por la clínica y los profesionales de su cuadro.

PRECEPTOS:

Ley 50/1980 (LCS), arts. 2, 10, 20 y 105.
Código civil, arts. 1108 y 1903.4.

PONENTE:

Don Francisco Marín Castan.

Magistrados:

Don FRANCISCO MARIN CASTAN
Don RAFAEL SARAZA JIMENA
Don PEDRO JOSE VELA TORRES

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 556/2019

Fecha de sentencia: 22/10/2019

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 1896/2016

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 16/10/2019

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

Procedencia: Audiencia Provincial de Sevilla, sección 5.^a

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

Transcrito por: CVS

Nota:

CASACIÓN núm.: 1896/2016

Ponente: Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan

Letrado de la Administración de Justicia: Ilmo. Sr. D. José María Llorente García

TRIBUNAL SUPREMO

Sala de lo Civil

Sentencia núm. 556/2019

Excmos. Sres. y Excma. Sra.

D. Francisco Marin Castan, presidente

D. Rafael Saraza Jimena

D. Pedro Jose Vela Torres

En Madrid, a 22 de octubre de 2019.

Esta sala ha visto el recurso de casación interpuesto por los demandantes D. Jose Pedro y D. Jose Daniel, representados por la procuradora D.^a Diana Navarro Gracia bajo la dirección letrada de D.^a María Jesús Villalpando Sedeño, contra la sentencia dictada el 26 de abril de 2016 por la sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Sevilla en el recurso de apelación n.º 7835/2015, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 945/2013 del Juzgado de Primera Instancia n.º 13 de Sevilla sobre indemnización por seguro de asistencia sanitaria. Ha sido parte recurrida la entidad demandada Sanitas Sociedad Anónima de Seguros, representada por la procuradora D.^a María Isabel Campillo García bajo la dirección letrada de D. Antonio García Sáenz.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. Francisco Marin Castan.

ANTECEDENTES DE HECHO

Primero.

El 18 de junio de 2013 se presentó demanda interpuesta por D. Jose Pedro, en su propio nombre y en el de su hijo menor de edad D. Jose Daniel, contra Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros, solicitando se dictara sentencia con los siguientes pronunciamientos:

"[...] se condene a la entidad demandada SANITAS S.A. DEL SEGURO al pago a la parte actora de una indemnización por los daños y perjuicios irrogados de un millón seiscientos treinta seis mil trescientos tres euros (1.636.303. euros) de secuelas, más una pensión vitalicia de 450. euros mensuales, que se actualizarán anualmente conforme al IPC, para gastos, tal y como se desglosa en las pg 13 de esta demanda, más intereses que se calcularán siguiendo el Criterio de Ley de Contratos de Seguros. Más costas del procedimiento y todo a lo que lugar hubiera".

Segundo.

Repartida la demanda al Juzgado de Primera Instancia n.º 13 de Sevilla, dando lugar a las actuaciones n.º 945/2013 de juicio ordinario, y emplazada la entidad demandada, esta compareció y contestó a la demanda alegando la excepción de falta de legitimación pasiva y, subsidiariamente, la de falta de litisconsorcio pasivo necesario, y solicitando también la desestimación de la demanda por razones de fondo, con imposición de costas a la parte demandante.

Tercero.

Recibido el pleito a prueba y seguido por sus trámites, el magistrado-juez del mencionado juzgado dictó sentencia el 13 de mayo de 2015 con el siguiente fallo:

"ESTIMO en parte la demanda interpuesta por la representación procesal de Jose Daniel contra SANITAS S.A. DE SEGUROS, y condeno a la misma a que indemnice al demandante en la suma de SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO EUROS CON SESENTA Y CUATRO CÉNTIMOS- 654.998,64 € -, intereses de demora que se calcularán desde la fecha del siniestro - 15 de julio de 2009 - al tipo legal del dinero incrementado en un 50 por 100, y desde el segundo año al 20 por 100 anual.

" No hago expresa imposición de las costas causadas".

Cuarto.

Interpuesto por la demandada contra dicha sentencia recurso de apelación, al que se opuso la parte demandante y que se tramitó con el n.º 7835/2015 de la sección 5.^a de la Audiencia Provincial de Sevilla, esta dictó sentencia el 26 de abril de 2016 con el siguiente fallo:

"Que estimando el recurso interpuesto por el Procurador Don Francisco J. Macarro del Corral, en nombre y representación de SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, contra la sentencia dictada el día 13 de mayo de 2015 por el Ilmo. Sr. Magistrado del Juzgado de Primera Instancia n.º 13 de Sevilla, debemos revocar y revocamos parcialmente dicha resolución en el sólo sentido de que la cantidad a que se condena devengará el interés legal del dinero desde el día 18 de junio de 2.013, incrementándose en dos puntos desde el día 13 de mayo

de 2.015, manteniendo los demás pronunciamientos de dicha resolución en lo que no se opongan a lo anterior, sin hacer especial imposición de las costas procesales de esta alzada".

Quinto.

Contra la sentencia de segunda instancia la parte demandante interpuso recurso de casación al amparo del ordinal 2.º del art. 477.2 LEC, compuesto de un solo motivo con el siguiente enunciado:

"MOTIVO UNICO DE CASACIÓN

"SE DENUNCIA INFRACCIÓN POR INAPLICACIÓN DEL ART. 20.4 Y 20.6 Y ART 2 DE LA LEY DE CONTRATOS DE SEGURO Y JURISPRUDENCIA QUE LO INTERPRETA; con aplicación indebida del artículo 1.108 del Código Civil.

" APLICACIÓN ART. 20.4 DE LA LCS"

Sexto.

Recibidas las actuaciones en esta sala y personadas ante la misma ambas partes por medio de las procuradoras mencionadas en el encabezamiento, el recurso fue admitido por auto de 3 de octubre de 2018, a continuación de lo cual la parte recurrida presentó escrito de oposición solicitando la desestimación del recurso y la confirmación de la sentencia recurrida con expresa imposición de las costas del recurso a la parte recurrente.

Séptimo.

Por providencia de 30 de septiembre del corriente año 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 16 de octubre siguiente, en que ha tenido lugar

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.

El presente recurso de casación dimana de un pleito en el que la compañía de seguros de salud demandada-apelante ha sido declarada civilmente responsable por una mala praxis médica de profesionales de su cuadro, si bien la controversia desde la segunda instancia se centra únicamente en si le es de aplicación el régimen de mora establecido en el artículo 20 LCS.

Los antecedentes relevantes son los siguientes:

1.- Con fecha 18 de junio de 2013 D. Jose Pedro, padre del menor D. Jose Daniel, interpuso (en su propio nombre y en el de su hijo) demanda de juicio ordinario contra Sanitas, Sociedad Anónima de Seguros (en adelante Sanitas), reclamando, con base en el seguro de asistencia sanitaria suscrito por él y por su esposa D.ª Florencia (en vigor al producirse el siniestro), una indemnización de 1.636.303 euros más una pensión vitalicia de 450 euros mensuales (actualizable anualmente con arreglo al IPC) y los intereses previstos en la LCS, todo ello con fundamento en la responsabilidad civil de la demandada por los daños y perjuicios causados por la deficiente asistencia sanitaria recibida por la señora Florencia con ocasión del parto y posterior alumbramiento del hijo de ambos, lo que tuvo lugar el 15 de julio de 2009 en la CLINICA000 de Sevilla bajo la dirección del doctor D. Jose Daniel, incluidos en el cuadro médico de la aseguradora. Según la parte demandante, la negligente actuación profesional se concretaba en la omisión del deber de información -falta de consentimiento informado- y en una mala praxis médica -"mal manejo del parto", que fue inducido-, causalmente determinante del resultado lesivo consistente en lesiones cerebrales al recién nacido a resultas de "asfixia perinatal".

2. La aseguradora demandada se opuso a la demanda alegando falta de legitimación pasiva y, subsidiariamente, falta de litisconsorcio pasivo necesario (por entender que debieron ser también demandados la clínica y el citado profesional) y, en cuanto al fondo, que no tenía ninguna responsabilidad por el daño causado porque existió información verbal y el acto médico se desarrolló con arreglo a la lex artis, así como que, en todo caso, la indemnización solicitada era excesiva.

En lo que ahora interesa, la aseguradora se opuso a que se le impusieran los intereses del art. 20 LCS por existir causa justificada para su no imposición al ser necesario el litigio para despejar las dudas existentes, que afectaban no solo a la cuantía de la indemnización sino al propio "derecho a ella". En apoyo de su tesis citaba y extractaba las sentencias de esta sala de 27 de diciembre y 21 de junio de 2001, ambas referidas a la apreciación de causa justificada del art. 20.8.º LCS.

3. La sentencia de primera instancia, estimando en parte la demanda, declaró responsable a la demandada y la condenó a indemnizar a la parte demandante en 654.998,64 euros más los intereses del art. 20 LCS, que deberían calcularse desde la fecha del siniestro -15 de julio de 2009- al tipo legal del dinero incrementado en un 50 por ciento durante el primer año y al tipo mínimo del 20 por ciento a partir del segundo, sin imponer las costas a ninguna de las partes.

En lo que interesa, sus razones fueron las siguientes: (i) la aplicación del régimen del art. 20 LCS era procedente "al haberse producido un incumplimiento de la prestación sanitaria a cargo de la demandada que se traduce en una obligación pecuniaria de naturaleza indemnizatoria sujeta al mismo régimen que la obligación primaria incumplida"; (ii) no existía causa justificada para no imponerlos porque no se trataba de un caso en el que fuera necesario acudir al proceso para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento mismo de la obligación de indemnizar, pues "la desproporción del resultado en relación con un embarazo sin complicaciones, graves carencias de la historia clínica, la ausencia de consentimiento informado por escrito, etc, revelaban que se estaba en presencia de un parto mal gestionado, y eso debió llevar a la aseguradora a asumir de modo inmediato sus indudables responsabilidades"; y (iii) los intereses de demora debían calcularse desde la fecha del siniestro y con arreglo al criterio de los dos tramos, según la doctrina fijada por la sentencia de pleno de esta sala de 1 de marzo de 2007.

4. Contra dicha sentencia la aseguradora demandada interpuso recurso de apelación limitado a impugnar la condena al pago de intereses del art. 20 LCS.

Sus razones eran: (i) que el recargo del art. 20 LCS no estaba legalmente previsto para los seguros de asistencia médica y hospitalaria en cuanto no asimilables a un seguro de daños ni, en particular, a un seguro de responsabilidad civil, pues ese recargo se fundaba en la existencia de un retraso culpable de la compañía en el cumplimiento de su prestación y esto no podía suceder cuando la aseguradora no asumía una obligación de indemnizar al asegurado y su única obligación -cumplida sin demora- era "hacerse cargo de los gastos derivados de la actuación médica y del centro hospitalario"; (ii) que, en cualquier caso, concurría causa justificada para no imponer el recargo por haber sido necesario acudir al proceso para dilucidar "la contienda existente entre las partes sobre el siniestro (falta de legitimación pasiva, inexistencia de mala praxis, quantum indemnizatorio pretendido)"; y (iii) que si se condenara a su pago, el día inicial para su devengo debería ser no el día en que se produjo el siniestro, sino el día de su comunicación a la compañía, toda vez que la póliza era del tipo claim made en las que se identificaba siniestro con reclamación al asegurado.

5.- La parte demandante se opuso al recurso y pidió que se confirmara la sentencia de primera instancia.

En síntesis, adujo: (i) que el art. 20 LCS sí era de aplicación a los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria, dado que esa modalidad de aseguramiento "está contenida en la Sección Cuarta de la Ley de Contrato de Seguro, art. 105 y 106" y "no existe ninguna regulación específica, distinta a la del art. 20 para esta modalidad de seguro"; (ii) que los intereses del art. 20 LCS tienen carácter sancionador y la mera oposición de la aseguradora, abocando a la vía judicial, no puede equipararse a la existencia de causa justificada, pues solo tiene esta consideración la necesidad de acudir a un proceso para acabar con la incertidumbre existente sobre la cobertura del seguro; y (iii) que el día inicial del devengo de los intereses de demora tiene que ser aquel en que se produjo el siniestro, por disponerlo así la norma y ser la aseguradora la obligada a probar que no tuvo conocimiento del siniestro antes de ser demandada.

6. La sentencia de segunda instancia, estimando el recurso de la aseguradora, revocó la sentencia apelada en el único sentido de no aplicar los intereses del art. 20 LCS, sino los del art. 1108 CC desde la fecha de la reclamación judicial (18 de junio de 2013) y los procesales del art. 576 LEC desde la fecha de la sentencia de primera instancia (13 de mayo de 2015).

En síntesis, sus razones son las siguientes: (i) el art. 20 LCS no es aplicable al caso porque la mora que contempla se refiere al cumplimiento tardío o a la negativa a cumplir prestaciones de carácter pecuniario, pero no a casos como este en los que la prestación comprometida es de tipo asistencial (asistencia médica y quirúrgica) y no pecuniaria, lo que supone que el retraso en su cumplimiento o el cumplimiento defectuoso no determina la obligación de pagar los intereses de ese precepto; (ii) el cumplimiento defectuoso -que no tardío- de la prestación asistencial a lo único que da lugar (al no ser ya posible exigir de la aseguradora el cumplimiento correcto ni que repare el daño) es a un cumplimiento por equivalencia, es decir, a una indemnización que necesariamente ha de fundarse en el art.

1101 CC porque el cumplimiento por equivalencia no está previsto en el art. 20 LCS; (iii) menos aún puede considerarse aplicable el art. 20 LCS si se considera que no es que la aseguradora haya incumplido el contrato, sino que "se trata de una responsabilidad extracontractual, ajena a las obligaciones pactadas, y derivada del deber de responder de la negligencia de un tercero conforme a los artículos 1.902 y 1.903 del Código Civil", ya que la obligación de indemnizar no surge del incumplimiento del contrato sino que es consecuencia de una reclamación judicial que termina con una sentencia que declara la responsabilidad civil y fija la cantidad a pagar; y (iv) los intereses aplicables son los del art. 1108 CC, y dado que no era razonable la oposición de la aseguradora a la demanda, se fija como día inicial de su devengo el de la reclamación judicial, procediendo a partir de la sentencia de primera instancia los intereses procesales del art. 576 LEC.

7. Contra la sentencia de segunda instancia la parte demandante interpuso recurso de casación sobre esta concreta cuestión jurídica de la aplicabilidad al caso de los intereses del art. 20 LCS.

Segundo.

El recurso se compone de un solo motivo, fundado en infracción de los arts. 2 y 20, apdos. 4 y 6, de la LCS, por inaplicación, del art. 1108 CC por aplicación indebida.

En síntesis, se alega: (i) que es pacífica la jurisprudencia sobre la aplicabilidad del art. 20 LCS, apdos 4 y 6, en casos como el presente, pues el seguro de enfermedad y asistencia sanitaria está contemplado en los arts. 105 y 10 LCS, y su regulación no contiene una previsión específica en materia de intereses distinta de la general que rige imperativamente (art. 2 LCS) para todo tipo de seguros; (ii) que en este sentido se pronunció ya la sentencia de esta sala de 4 de junio de 2009, de cuya doctrina se puede concluir, por una parte, que los defectos de cumplimiento se transmutan en una prestación indemnizatoria y el interés de demora es aplicable a todas las prestaciones del asegurador y, por otra, que la mora solo desaparece cuando de las circunstancias del siniestro o del texto de la póliza surge una incertidumbre sobre la cobertura del seguro que hace precisa la intervención del órgano judicial, sin que pueda considerarse justificada la negativa al pago basada en la iliquidez de la deuda; (iii) que a partir de esta doctrina no cabe duda de que el régimen del art. 20 LCS era aplicable al presente caso "al haberse producido un incumplimiento (negligencia) de la prestación sanitaria a cargo de Sanitas; incumplimiento que se traduce en una obligación de carácter económico de naturaleza indemnizatoria"; y (iv) que el día inicial del devengo ha de ser el día en que se produjo el siniestro, conforme al apdo. 6 del art. 20 LCS, pues correspondía a Sanitas probar que no tuvo conocimiento del siniestro antes de ser demandada y, lejos de hacerlo, existe prueba de que cuando nació el niño la clínica y el doctor que asistió al parto decidieron su traslado a un hospital público y de que se realizó parte de siniestro para que la aseguradora autorizara ese traslado.

La parte recurrida se opone al recurso alegando, en síntesis: (i) que el recurso es inadmisibile por falta de técnica casacional (se alega en concreto el incumplimiento de los requisitos de desarrollo de los motivos y la discordancia entre encabezamiento y dicho desarrollo), toda vez que no cabe la mezcla de preceptos ni la cita conjunta de normas sustantivas y procesales, y también por carencia manifiesta de fundamento, porque para sostener la aplicación del art. 20 LCS se cuestiona la valoración probatoria; (ii) que en todo caso el recurso debe ser desestimado porque la aseguradora no ha sido condenada por incumplir sus obligaciones contractuales, sino con fundamento en el art. 1903 CC, norma ajena al contrato de seguro, y porque el art. 20 LCS está previsto para el retraso en el cumplimiento de prestaciones pecuniarias (propias del seguro de daños y en especial del seguro de responsabilidad civil), no para prestaciones de tipo asistencial; (iii) que, además, los intereses del art. 20 LCS solo se imponen si no existe causa justificada del retraso, justificación que sí concurría en este caso porque no estaban determinadas las causas del siniestro y, por tanto, la aseguradora desconocía razonablemente la cuantía que debía indemnizar; y (iv) que para el caso de que fueran aplicables, el dies a quo para su devengo sería aquel en el que se comunicó el siniestro.

Tercero.

No se aprecia la inadmisibilidad del recurso alegada por la parte recurrida porque sus argumentos carecen de consistencia, ya que las normas citadas en el recurso como infringidas son las pertinentes al caso y a la única cuestión jurídica controvertida, y no se advierte en el recurso ningún elemento que exija una previa rectificación de los hechos probados.

Cuarto.

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

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

Quinto.

De aplicar esta doctrina al presente recurso se desprende que debe ser estimado porque, como entonces, también ahora el seguro es de asistencia sanitaria (que no de reembolso), incluía la asistencia al parto entre el catálogo de servicios ofertados y no se discute que dicha asistencia se llevó a efecto en un establecimiento sanitario y por un profesional pertenecientes a cuadro de la aseguradora.

Asimismo es indiscutible que el criterio de imputación de responsabilidad a la aseguradora, también como entonces, se ha fundado en el incumplimiento de sus obligaciones contractuales (lo que fue determinante para rechazar su falta de legitimación pasiva) en tanto que estas abarcaban la correcta prestación del servicio sanitario por parte de los centros y los profesionales que actuaban como auxiliares de dicha entidad en el ámbito de la prestación contractualmente convenida. En este sentido, la citada sentencia de pleno declaró que "la garantía y calidad de los servicios mediante sus cuadros médicos se oferta como instrumento de captación de la clientela bajo la apariencia y la garantía de un servicio sanitario atendido por la propia entidad".

Sexto.

Casada la sentencia recurrida y asumiendo la instancia, procede resolver, como en la citada sentencia de pleno, sobre la causa justificada aducida en apelación por la aseguradora como argumento subsidiario para que no se le impusieran estos intereses, y abordar también el problema de cuál ha de ser el día inicial para su devengo, ya que la aseguradora sostuvo en apelación que solo debían computarse desde la fecha de la comunicación del siniestro y no desde la fecha de acaecimiento de este.

En cuanto a la primera cuestión, es jurisprudencia reiterada (sintetizada, entre las más recientes, en sentencias 252/2018, de 10 de octubre, y 56/2019, de 25 de enero) que el recargo por mora del asegurador, dado su marcado carácter sancionador y su finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirve de acicate y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal que pesa sobre el asegurador, cual es la del oportuno pago de la correspondiente indemnización, 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. En esta misma línea, la jurisprudencia niega que la discusión judicial en torno a la cobertura pueda oponerse como causa justificada del incumplimiento de la aseguradora cuando la discusión es consecuencia de una oscuridad de las cláusulas imputable a la propia aseguradora con su confusa redacción (en este sentido, sentencia 73/2017, de 8 de febrero, citada por la sentencia 252/2018).

En este caso, la sentencia de primera instancia ponderó adecuadamente las circunstancias del caso al no considerar razonable la oposición de la aseguradora, pues ese conjunto de circunstancias (la sentencia alude al incumplimiento del deber de información, con ausencia de consentimiento informado por escrito, a graves carencias de la historia clínica -que impidieron saber si la extracción se llevó a cabo o no en el tiempo adecuado- y a la desproporción entre el grave resultado producido y el resultado de menor entidad que en principio cabría suponer como derivado del riesgo inherente a un embarazo que hasta entonces había cursado sin complicaciones) permiten concluir, primero que la aseguradora tuvo que ser consciente desde un principio del grave resultado lesivo y,

segundo, que también debió advertir que su origen causal se encontraba en la actuación contraria a la lex artis de sus auxiliares en el curso del proceso asistencial que integraba su prestación esencial.

En consecuencia fue correcta la conclusión de que el conocimiento inmediato del siniestro y de su causa más probable debió llevar a la aseguradora a asumir de modo inmediato sus responsabilidades.

En cuanto al día inicial del cómputo, según el art. 20.6.º LCS, 6.º "será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro", y la jurisprudencia de esta sala (por ejemplo, sentencia 522/2018, de 24 de septiembre) ha declarado que esa regla general tiene dos excepciones: la primera, referida al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, implica que si no han cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o en la ley el término inicial del cómputo será el de la comunicación (artículo 20.6.ª II LCS) y no la fecha del siniestro; y la segunda, referida al tercero perjudicado o sus herederos, determina que excepcionalmente será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del ejercicio de la acción directa (art. 20. 6.ª III LCS) cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción por el perjudicado o sus herederos.

En el presente caso la aseguradora no alegó nada en su contestación a la demanda sobre el comienzo del devengo de los intereses, pero en cualquier caso no se advierten razones para no estar a la regla general que sitúa el día inicial del devengo en la fecha del siniestro (15 de julio de 2009), pues la aseguradora fue conocedora del mismo casi al tiempo de producirse, ya que autorizó el traslado del recién nacido a un hospital público tras el parte de siniestro elaborado por la clínica y los profesionales de su cuadro.

En consecuencia, procede confirmar la sentencia de primera instancia, incluida la no imposición de costas al no haber sido impugnada por ninguna de las partes.

Séptimo.

Conforme al art. 398.2 LEC, no procede imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación, dado que ha sido estimado.

En cuanto a las costas de la segunda instancia, se imponen a la aseguradora apelante porque su recurso de apelación se desestima íntegramente.

Conforme a la d. adicional 15.ª. 8 LOPJ procede devolver a la parte recurrente el depósito constituido.

FALLO

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

12

1.º- Estimar el recurso de casación interpuesto por los demandantes D. Jose Pedro y D. Jose Daniel contra la sentencia dictada el 26 de abril de 2016 por la sección 5.ª de la Audiencia Provincial de Sevilla en el recurso de apelación n.º 7835/2015.

2.º- Casar la sentencia recurrida, dejándola sin efecto.

3.º- En su lugar, desestimando el recurso de apelación interpuesto en su día por la aseguradora demandada, confirmar la sentencia de primera instancia.

4.º- No imponer a ninguna de las partes las costas del recurso de casación e imponer a la aseguradora apelante las costas de la segunda instancia.

5.º- Y devolver a la parte recurrente el depósito constituido.

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). La Editorial CEF, respetando lo anterior, introduce sus propios marcadores, traza vínculos a otros documentos y hace agregaciones análogas percibiéndose con claridad que estos elementos no forman parte de la información original remitida por el CENDOJ.