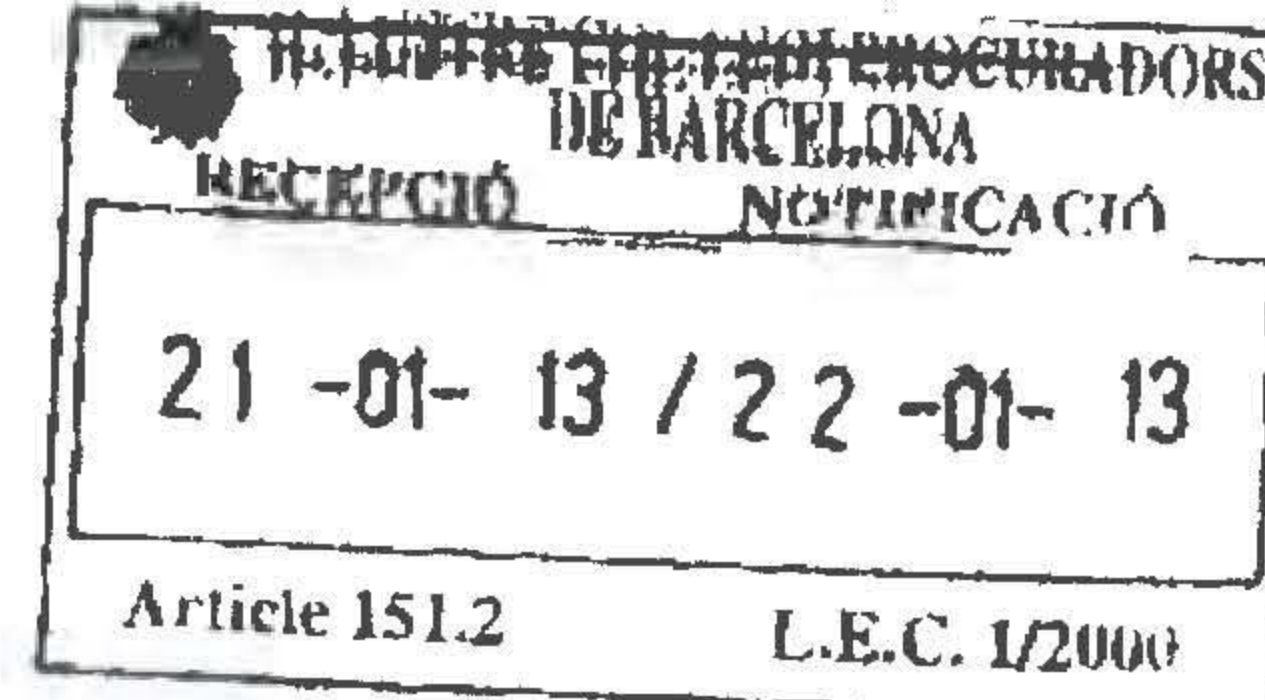




Juzgado de Primera Instancia
 54 de Barcelona y su Partido.
 Asunto: Responsabilidad contractual
 Juicio Ordinario nº 42/2012.

Francesc Ruiz Castel
Ricard Ruiz López
Àngel Galván Cavia



SENTENCIA nº 10/2013

En Barcelona, a 15 de enero del 2013.

Vistos por D. JUAN IGNACIO CALABUIG ALCALÁ DEL OLMO, Magistrado-Juez titular del Juzgado de 1ª Instancia nº 54 de esta ciudad, los presentes autos de juicio ordinario nº 42/2012, promovidos por doña [REDACTED] representada en juicio por el Procurador Don/Doña FRANCISCO RUIZ CASTEL y defendida por el Letrado Don/Doña MARGARITA MARTÍN FILGUEIRA, contra ENTIDAD DE SEGUROS ZURICH, representada por el Procurador don OCTAVIO PESQUEIRA ROCA y defendida por el Letrado don [REDACTED], se dicta la presente resolución.

ANTECEDENTES DE HECHO:

PRIMERO: La mencionada representación de la señora [REDACTED] interpuso demanda en fecha 30 de diciembre del 2011 contra la demandada citada, arreglada a las prescripciones legales, en la que solicitaba, previa alegación de los hechos y fundamentos de Derecho que estimó pertinentes, que se siguiera el correspondiente juicio ordinario y se lo concluyera dictando sentencia en la que se condene a las demandadas al pago a la actora de la cantidad de 41.888 euros más los intereses legales del art. 20 LCS, así como al abono de las costas del juicio.

SEGUNDO: Siendo competente este Juzgado para el conocimiento de la demanda, se admitió a trámite por decreto de 23 de enero del 2012, disponiéndose el emplazamiento de la demandada, con entrega de copias de la demanda, para que se contestara a la misma. La demandada comparece y contesta a la demanda en escrito fechado el 23-2-2012, en los que aceptan ciertos hechos alegados por la actora pero niegan otros así como las conclusiones afirmadas de contrario, y solicitan la desestimación de lo pedido en la demanda.

TERCERO: La preceptiva Audiencia Previa tuvo lugar el 22 de mayo del 2012 con la presencia de ambas partes debidamente defendidas y representadas. La demandada acepta los hechos de la demanda y únicamente alega como hecho controvertido la pluspetición. Recibido el pleito a prueba, se solicitó la prueba documental y testifical-pericial, resolviéndose por SSª. El acto de la Vista del juicio tiene lugar el día de hoy. Practicadas las pruebas y oídas las conclusiones orales de las dos partes, los autos quedaron conclusos para sentencia.

CUARTO.- En la tramitación del presente juicio se han observado las prescripciones y



FUNDAMENTOS DE DERECHO:

PRIMERO: Entrando ya en el análisis del fondo del asunto, sostiene la demandante doña [REDACTED] que era visitada periódicamente por el ginecólogo doctor [REDACTED] el cual solicitaba anualmente la práctica de una mamografía bilateral. En el año 2010 se practicó la mamografía el 18-2-2010 y el 25-3-2010 una ecografía mamaria, no detectándose lesiones. Posteriormente se solicita una nueva mamografía que se practica en el CEDIMMA (Centre de Diagnòs de les Malalties Mamàries) por el doctor [REDACTED] detectándose en los cuadrantes inferiores de la mama izquierda de la mujer un nódulo de 1cm. Se realiza biopsia por punción aspirativa (PAAF) que da resultado negativo al confirmar el diagnóstico de benignidad. El 20-1-2011 se realiza nueva ecografía mamaria de control en la que se detecta que el nódulo ha crecido (13 mms) por lo que se recomienda biopsia por Cru-Cut (escisión) la cual se practica el 28-1-2011. El diagnóstico es carcinoma lobulillar infiltrante. El 15-2-2011 la mujer ingresa en la Clínica Quirón y se le practica una cuadrantectomía. Las pruebas post-operatorias, sin embargo, dan resultado negativo contradiciendo los resultados de las realizadas antes de la operación. El 1-3-2011 se realiza nueva ecografía mamaria y corebiopsia por Tru-cut que confirma el diagnóstico de benignidad. Se remitieron las muestras a la Universidad de Santiago de Compostela la cual realizó análisis de ADN comprobando que la muestra que dio resultado positivo (carcinoma) no corresponde en realidad a la actora. La demandante considera que se le han causado daños y perjuicios por la negligencia médica que ha tenido lugar (días de incapacidad, secuelas, costes de cirugía de reparación de la mama y daño moral). Y concluye reclamando la actora la correspondiente indemnización contra la aseguradora de los facultativos actuantes, todo ello como se ha expuesto en los antecedentes de esta sentencia.

SEGUNDO.- Ante las alegaciones formuladas de contrario, la demandada niega inicialmente cualquier responsabilidad, pero en la audiencia previa finalmente la admite reconociendo como ciertos los hechos base de la demanda en los que la actora fundamenta su reclamación. La demandada solamente opone la excepción de pluspetición al entender que las cantidades reclamadas de contrario son desmesuradas y no se ajustan a los daños realmente ocasionados. Y en conclusiones, la aseguradora admite la cantidad de 22.707,36 euros.

TERCERO.- Entrando a analizar el fondo del asunto, procede señalar que la única cuestión objeto de la litis es la que se refiere a la determinación del quantum indemnizatorio ya que la parte demandada reconoce finalmente en la audiencia previa su responsabilidad en el siniestro. La única cuestión litigiosa se analizará a continuación abordando el estudio por separado de los cuatro conceptos por los que reclama la actora:

1º Días de curación: en su demanda, doña [REDACTED] reclama 5 días de ingreso hospitalario y 60 días improductivos. Considera que esos días vienen motivados por las dos operaciones quirúrgicas que ha provocado la negligencia médica. La primera ya ha tenido lugar y es la de amputación de la parte inferior de la mama izquierda. La segunda es la de reparación de las mamas que será imprescindible para que la mujer recupere el aspecto estético anterior a la primera operación. Pues bien, a la demanda no le acompaña ningún informe pericial de valoración de estos períodos de curación. Lo único que consta es que la mujer ingresa en el



hospital el día 15 de febrero y sale el 17 ambos del 2011 (doc. 8 demanda); que se le recomienda un control en consulta a los 15 días y que el 1-3-2011 (doc. 9) se le practican unas pruebas de control (ecografía y biopsia Tru-Cut) similares a las del pre-operatorio y cuando la actora no reclama por esas anteriores a la operación por no considerar que se haya producido ningún período curativo en ese momento. Así las cosas, la documental de la demanda únicamente acredita 3 días de ingreso en hospital en la primera operación, y 2 en la segunda (doc. 13 demanda). Por su parte, la demandada aporta el informe pericial del doctor [REDACTED] que exploró a la paciente y que fija los períodos usuales en este tipo de intervenciones cuando no hay complicaciones. El perito fija un período total de 35 días para las dos operaciones, unos 5 de hospital, 15 impeditivos y 15 no impeditivos. Esta valoración médica, única que consta en autos, no queda desvirtuada por la documental médica de la demanda. Así las cosas, se aprueba la valoración del perito y los importes de cada día de curación se determinarán según el baremo del 2011 de la LSRCCVM. El total es de 1.615,2 euros.

2º Secuela: La actora reclama por la amputación de la parte inferior de la mama izquierda y fija una cifra global que no explica ni aclara en la demanda, y que no justifica en forma alguna (no hay ninguna pericial). Por su parte, el doctor [REDACTED] parte del baremo de la LSRCCVM que contempla la secuela de pérdida total de una mama y la valora entre 5-15 puntos. No se contempla una pérdida parcial que es lo que ha ocurrido en este caso. El informe del perito deja claro que lo que se ha extirpado en este caso es la parte inferior de la mama izquierda (ni siquiera la mitad), en concreto una pieza de 9x5x4 cms. Ahora bien, el perito señala que en la exploración solamente se aprecia una leve asimetría por pérdida de volumen en la mama izquierda y añade que en conjunto, se aprecia que las dos mamas son de volumen y contornos similares que se desplazan de forma armónica con la movilización de las extremidades superiores. Así las cosas, la valoración de 5 puntos (mínimo del baremo para la pérdida total de una mama) que fija el perito se estima razonable y adecuada de acuerdo con los datos expuestos, por lo que se aprueba. Ahora bien, la pérdida parcial de la mama izquierda genera además un perjuicio estético porque ha quedado una cicatriz de 8 cm y, como se ha dicho ya, una leve asimetría por pérdida de volumen mamario en la izquierda. Ese perjuicio estético no es valorado en concreto en la demanda pero sí por el señor [REDACTED] que le concede 6 puntos (dentro del ligero). Según el baremo (regla de utilización 6), el perjuicio estético se indemniza en el momento de la sanidad del paciente sin perjuicio de la posible reparación quirúrgica posterior y del abono de su coste, de modo que la irreparabilidad lo único que produce es el incremento de la valoración. Los 5 puntos de la secuela y los 6 de perjuicio estético se valorarán por separado de acuerdo con el baremo del 2011 (regla de utilización 3) ya citado, añadiéndose el factor de corrección por ingresos del 10 % (la mujer nació en 1963 y está en edad laboral). Así las cosas, la secuela globalmente supone la cantidad de 9.092,16 euros.

3º Coste de la cirugía de reparación: Esta cirugía resulta imprescindible dado el error de diagnóstico y el resultado de la primera cirugía. Así lo reconoce incluso el perito de Zurich. La actora aporta presupuesto de una clínica de reconocido y notorio prestigio (Planas) por importe de 9.000 euros. La demandada alega pluspetición pero nada acredita porque el perito no se pronuncia sobre esta cuestión. En conclusiones, el letrado de la aseguradora afirma que esta segunda cirugía podría llevarse a cabo en la Seguridad Social sin coste alguno para la actora pero este extremo no se alegó en la contestación de modo que la alegación en conclusiones no puede ser acogida por extemporánea e inadecuada procesalmente. Además, no se ha practicado prueba alguna en autos que lo acredite. Por otra parte, es legítimo que la actora quiera acudir a un centro de prestigio con miras a obtener el mejor resultado estético posible. Así las cosas, se concede la cantidad de 9.000 euros.



4º Daño Moral: La actora reclama por la angustia y el sufrimiento padecido al indicársele erróneamente que padecía un tumor en el pecho, y dados los riesgos que ha debido asumir en la primera intervención quirúrgica y que deberá asumir en la segunda. Pues bien, la STS 31-5-2000 efectúa un análisis detallado de lo que es el daño moral señalando que "Las Sentencias de esta Sala han reconocido que el daño moral constituye una noción dificultosa (S. 22 mayo 1995), relativa e imprecisa (SS. 14 diciembre 1996 y 5 octubre 1998). Iniciada su indemnización en el campo de la culpa extracontractual, se amplió su ámbito al contractual (Ss. 9 mayo 1984, 27 julio 1994, 22 noviembre 1997, 14 mayo y 12 julio 1999, entre otras), adoptándose una orientación cada vez más amplia, con clara superación de los criterios restrictivos que limitaban su aplicación a la concepción clásica del "pretium doloris" y los ataques a los derechos de la personalidad (S. 19 octubre de 1998). Ciertamente que todavía las hipótesis más numerosas se manifiestan en relación con las intromisiones en el honor e intimidad (donde tiene reconocimiento legislativo), los ataques al prestigio profesional (Sentencias 28 febrero, 9 y 14 diciembre 1994, y 21 octubre 1996), propiedad intelectual (igualmente con regulación legal), responsabilidad sanitaria (Sentencias 22 mayo 1995, 27 enero 1997, 28 diciembre 1998 y 27 septiembre 1999) y culpa extracontractual (accidentes con resultado de lesiones, secuelas y muerte), pero ya se acogen varios supuestos en que es apreciable el criterio aperturista (con fundamento en el principio de indemnidad), ora en el campo de las relaciones de vecindad o abuso del derecho, (S. 27 julio 1994), ora con causa generatriz en el incumplimiento contractual (Ss. 12 julio 1999, 18 noviembre 1998, 22 noviembre 1997, 20 mayo y 21 octubre 1996), lo que, sin embargo, no permite pensar en una generalización de la posibilidad indemnizatoria." Y continúa la sentencia del Alto Tribunal exponiendo que "La situación básica para que pueda darse lugar a un daño moral indemnizable consiste en un sufrimiento o padecimiento psíquico (Sentencias 22 mayo 1995, 19 octubre 1996, 27 septiembre 1999). La reciente Jurisprudencia se ha referido a diversas situaciones, entre las que cabe citar el impacto o sufrimiento psíquico o espiritual (S. 23 julio 1990), impotencia, zozobra, ansiedad, angustia (S. 6 julio 1990), la zozobra, como sensación anímica de inquietud, pesadumbre, temor o presagio de incertidumbre (S. 22 mayo 1995), el trastorno de ansiedad, impacto emocional, incertidumbre consecuente (S. 27 enero 1998), impacto, quebranto o sufrimiento psíquico (S. 12 julio 1999)". En el mismo sentido expuesto, La SAP Barcelona -Sección 12ª- de 20-3-2003 indica que "el concepto de daño moral, defendido por la doctrina jurisprudencial como supuestos que van más allá de meras molestias, aburrimiento o enojo y que suponen un auténtico sufrimiento o padecimiento psíquico (SS. de TS. de 22 de mayo de 1995, 19 de octubre de 1996 y 24 de septiembre de 1999); o una situación de zozobra, ansiedad, angustia, impacto emocional, incertidumbre (SS. del TS de 6 de julio de 1990, 22 de mayo de 1995, 27 de enero de 1998 y 12 de julio de 1999)". Y es que si el simple enojo, molestia, incomodidad o disgusto por un incumplimiento contractual (impago de una deuda por ejemplo) conllevara automáticamente la compensación por daño moral, entonces todas las demandas interpuestas por responsabilidad contractual o extracontractual que fueran estimadas incluirían ese concepto indemnizatorio cuando no es así ni mucho menos en la realidad. Pues bien, en el caso de autos, se estima que el daño moral está suficientemente acreditado ya que ha de generar una importante angustia, zozobra y sufrimiento psíquico el diagnóstico erróneo de una grave enfermedad como la de autos con las muy graves consecuencias que podría tener. Y, obviamente, también ha de generar ansiedad y angustia las posibles consecuencias y riesgos (siempre existentes) de las dos intervenciones quirúrgicas, si bien, sin duda, de mayor entidad en la primera que en la segunda cuando la mujer ya sabe que no padece la grave enfermedad. Ahora bien, en este caso deben tenerse en cuenta ciertas consideraciones: en primer lugar, que el diagnóstico erróneo se mantuvo durante unos dos meses, desde la biopsia de 28-1-2011 y hasta la de 1-3-2011, si bien en el post-operatorio (mediados de febrero) los resultados ya contradecían los de las pruebas anteriores a la operación. En segundo



termino, que no se aporta prueba alguna que acredite que la mujer haya precisado de tratamiento psiquiátrico o psicológico ni tampoco farmacológico (informes médicos o de psicólogo, por ejemplo). El peritaje de la demandada indica que en ese momento nada precisaba la mujer en este sentido. En tercer lugar, debe indicarse que el daño moral directamente derivado de la secuela y del perjuicio estético así como de los días de incapacidad, ya queda cubierto con las específicas indemnizaciones de esos conceptos fijadas según baremo. Y, en cuarto lugar, que la cifra reclamada (15.000 euros) parece desproporcionada habida cuenta de que la secuela y el perjuicio estético no superan los 10.000 euros y que en el baremo se conceden indemnizaciones por muerte también inferiores a 10.000 euros. Así las cosas, se estima más adecuado y equitativo conceder la mitad de la cifra reclamada, esto es, 7.500 euros (3.000 por cada mes de sufrimiento y 1.500 por los padecimientos que generan las dos operaciones quirúrgicas).

Así las cosas, el total reconocido en la sentencia asciende a la cantidad de 27.207,36 euros. Ahora bien, la demandada acepta en conclusiones la cantidad de 22.707,36 euros sin contar el coste de la segunda operación, lo que supone 10.707,36 euros por secuela, perjuicio estético y días de curación (en esta valoración la sentencia acoge la tesis de la demandada) y 12.000 euros de daño moral. Así las cosas, hay que estar a esa cifra admitida por Zurich en la que coinciden ambas partes (la actora reclama más) y añadir los 9.000 euros de la 2ª intervención quirúrgica, lo que supone la cantidad de 31.207,36 euros.

CUARTO. Resta por resolverse la cuestión relativa a los intereses de demora. La actora reclama los del art. 20 LCS a la aseguradora. Por su parte, Zurich se opone a la reclamación considerando que concurre causa justa del punto 8º del art. 20 LCS ya que ha sido preciso el proceso para poderse determinar el importe debido. Pues bien, sobre esta cuestión deben realizarse las siguientes consideraciones:

1º Debe reseñarse en primer lugar que la mera existencia de un proceso judicial no puede determinar sin más la exención justificada del deber de indemnizar por parte de la aseguradora al amparo del art. 20.8 LCS. De aceptarse lo contrario, se abriría claramente la puerta al abuso de derecho no permitido en nuestro ordenamiento porque para las entidades de seguros sería bien fácil negarse a indemnizar en todo caso obligando al perjudicado a acudir a la vía judicial y provocando así la inaplicación automática del art. 20 LCS. Y de este modo, quedaría también sin efecto la sanción legal que el precepto establece con la finalidad de incentivar el cumplimiento rápido por las aseguradoras de su deber de reparar el daño. En este sentido, la reciente STS 17-5-2012 señala que "Por otra parte, si bien de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20.8.º LCS, la existencia de causa justificada implica la inexistencia de retraso culpable o imputable al asegurador, y le exonera del recargo en que consisten los intereses de demora, en la apreciación de esta causa de exoneración esta Sala ha mantenido una interpretación restrictiva en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (SSTs 17 de octubre de 2007, 18 de octubre de 2007, 6 de noviembre de 2008, 7 de junio de 2010, 1 de octubre de 2010, 17 de diciembre de 2010, 11 de abril de 2011, y 7 de noviembre de 2011)". Y añade la sentencia citada que "Esta interpretación descarta que la mera existencia de un proceso, o el hecho de acudir al mismo, constituya causa que justifique por sí el retraso, o permita presumir la racionalidad de la oposición. El proceso no es un óbice para imponer a la aseguradora los intereses a no ser que se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación misma de indemnizar (SSTs 7 de junio de 2010, 29 de septiembre de 2010, 1 de octubre de 2010, 26 de octubre de 2010, 31 de enero de 2011, y 1 de febrero de 2011). Por este



motivo, la jurisprudencia no aprecia justificación cuando, sin cuestionarse la realidad del siniestro su cobertura, la incertidumbre surge únicamente en torno a la concreta cuantía de la indemnización, o respecto de la influencia causal de la culpa del asegurado en su causación, incluso en supuestos de posible concurrencia de conductas negligentes. En el primer caso, porque es relevante que la indeterminación se haya visto favorecida por desatender la propia aseguradora su deber de emplear la mayor diligencia en la rápida tasación del daño causado, a fin de facilitar que el asegurado obtenga una pronta reparación de lo que se considere debido (SSTS de 1 de julio de 2008, 1 de octubre de 2010, y 26 de octubre de 2010), sin perjuicio de que la aseguradora se defienda y de que, de prosperar su oposición, tenga derecho a la restitución de lo abonado, y porque la superación del viejo aforismo *in illiquidis non fit mora* (no se produce mora cuando se trata de cantidades ilíquidas) ha llevado a la jurisprudencia a considerar la indemnización como una deuda que, con independencia de cuándo se cuantifique, existe ya en el momento de producirse el siniestro, como hecho determinante del deber de indemnizar (entre las más recientes, SSTS de 1 de octubre de 2010, 31 de enero de 2011, 1 de febrero de 2011, y 7 de noviembre de 2011).

2º En lo que hace referencia al *dies a quo*, resulta evidente que es la fecha del siniestro (art. 20.6 LCS) que en este caso es el 28-1-2011, momento del error de diagnóstico que provocará la primera intervención quirúrgica.

3º La STS 22-10-2004 señala: “ Cuando la mora esté fundada en una causa justificada, como acontece si no están determinadas las causas del siniestro (determinación necesaria para saber si está o no comprendido dentro de la cobertura del asegurador), si se desconoce razonablemente la cuantía de la indemnización que ha de ser fijada por el asegurador, si determinadas las causas del siniestro (por ejemplo, que el incendio ha sido provocado), surgen claras sospechas de que puede haber sido ocasionado por el propio asegurado etc.

Se está ante casos en los que no puede aplicarse la normativa de la mora del asegurador.

A estos efectos cabe recordar la opinión que estima que no puede imputarse al deudor responsabilidad por los daños y perjuicios que, actuando de manera objetivamente razonable y en virtud de un error de carácter excusable, haya ignorado la existencia de la obligación o pueda discutir, de forma no temeraria, la validez del acto de constitución de la relación obligatoria.

En esta línea de pensamiento ha de tenerse en cuenta la dificultad que en el régimen del contrato de seguro se produce en ciertos casos para precisar si el siniestro por el que reclama el asegurado cae o no dentro de la cobertura prevista en el contrato, pues el contrato de seguro ofrece una acusada problemática superior a la de los demás contratos mercantiles.

El rígido sistema legal del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro EOL 1980/4219 , no obstante, se ha visto moderado por los Jueces y Tribunales ante la justicia del caso concreto, bien mediante la estimación de que concurría un supuesto en el que el retraso del asegurador estaba fundado en una causa justificada o que no le fuera imputable o bien retrasando el cómputo de los intereses a la interposición de la demanda, a la fecha de la sentencia de la primera instancia o al de su firmeza.

Dejando a un lado estos últimos casos, la jurisprudencia de esta Sala nos ofrece algunos supuestos en los que estima que concurre una circunstancia que libera al asegurador del pago de los intereses moratorios.



Como es el supuesto referido a que cuando la determinación de la causa de la obligación del pago del asegurador haya de efectuarse por el órgano jurisdiccional, en especial cuando es discutible la pertinencia o la realidad del siniestro, como sucede cuando no se han determinado las causas de un siniestro y esto es determinante de la indemnización por su cuantía, cuando exista discusión entre las partes, no del importe exacto de la indemnización, sino de la procedencia o no de la cobertura del siniestro". Por su parte, la STS 11-11-1991 reseña: "sin embargo la aplicación de tal interés no es procedente cuando, como en el presente caso ocurre, la cuantía indemnizatoria tiene como base una causa alegada no predeterminada con exactitud en cuanto a su origen, alcance y efectos, que en consecuencia requiere su previa determinación judicial, a fines de precisar también los exactos origen, alcance y efectos patrimoniales de índole indemnizatoria, pues que entre tanto no se determine adecuadamente la causa generadora de efectos indemnizatorios, y con ello el quantum indemnizatorio que, determine, se da causa justificada de impago que los citados arts. 20 y 30 de la Ley de Seguro de 8 de octubre de 1990, consideran, a sensu contrario, para no estimar aplicable el mencionado interés del 20 por 100".

Esta doctrina no resulta de aplicación en el caso de autos sino la del punto 1º. En efecto, desde principios del 2011 se conoce la existencia del siniestro y los datos fundamentales para poderse determinar la indemnización. En ese momento (febrero-marzo 2011), se sabe ya con claridad que el diagnóstico del tumor es erróneo y que la primera operación fue innecesaria. Así las cosas, se estima que en ese momento ya pudo la aseguradora fijar la posible indemnización a través de sus peritos lo mismo que hace en el proceso o, por lo menos, el importe mínimo que podría adeudar, y efectuar una oferta, consignación o pago a la demandante por un importe similar al que se concede en estos autos. Pero Zurich no realiza ninguno de esos actos sino que, hasta la audiencia previa en la litis (22-5-2012), siempre se ha negado rotundamente a cualquier indemnización, y finalmente la cifra que ofrece es claramente insuficiente.

4º Zurich no niega que supiera del siniestro desde un principio. El art. 20.6 LCS establece que "No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

Respecto del tercero perjudicado o sus herederos lo dispuesto en el párrafo primero de este número (devengo de intereses desde la fecha del siniestro) quedará exceptuado cuando el asegurador pruebe que no tuvo conocimiento del siniestro con anterioridad a la reclamación o al ejercicio de la acción directa por el perjudicado o sus herederos, en cuyo caso será término inicial la fecha de dicha reclamación o la del citado ejercicio de la acción directa". En el caso de autos, Zurich nada ha acreditado en el sentido expuesto.

Por todo lo anterior, se estima de aplicación el art. 20 LCS desde el 28-1-2011.

QUINTO.- En cuanto a las costas, de conformidad con el art. 394 LEC 2000, no se hace especial pronunciamiento al estimarse parcialmente la demanda.

En su virtud, VISTOS los preceptos citados, los alegados por las partes, y los demás de pertinente aplicación,



FALLO:

Que debo ESTIMAR y ESTIMO PARCIALMENTE la demanda principal interpuesta por doña [REDACTED] representada en juicio por el Procurador Don/Doña FRANCISCO RUIZ CASTEL y defendida por el Letrado Don/Doña MARGARITA MARTÍN FILGUEIRA, contra ENTIDAD DE SEGUROS ZURICH, y condeno a la demandada a abonar a la actora la cantidad de 31.707,36 euros más el interés legal incrementado en un 50 % entre el 28-1-2011 y el 28-1-2013, y el tipo del 20 % a partir de la última fecha citada.

No se hace especial pronunciamiento en cuanto a las costas procesales.

Comuníquese la presente resolución a las partes haciéndoles saber que contra ella cabe interponer recurso de apelación en este Juzgado para ante la Audiencia Provincial en el plazo de cinco días desde su notificación mediante presentación de escrito de interposición en los términos del art. 458 LEC 2000.

Así por esta su sentencia, juzgando definitivamente en primera instancia, lo pronuncia, manda y firma SSª, DON JUAN IGNACIO CALABUIG ALCALA DEL OLMO, JUEZ DEL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 54 DE BARCELONA Y SU PARTIDO.

De acuerdo con la Disp. Adicional 15 de la LOPJ (LO 1/2009 de 3 de noviembre), se recuerda a las partes que, en el momento de preparar la apelación, debe constar consignada por el apelante la cantidad de 50 euros en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones de este Juzgado en el Banesto.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la presente por el sr. Juez que la dictó hallándose SSª en audiencia pública en el mismo día de su fecha, doy fe.