

PROCURADOR

Expediente 42096

Cliente... :
 Contrario :
 Asunto... : JUICIO ORDINARIO 1106/15 3B
 Juzgado.. : PRIMERA INSTANCIA 11 BARCELONA

Resumen

Términos

02.10.2018 FINE REC. APELACIÓN

**Juzgado de Primera Instancia nº 11 de Barcelona**

Gran Via de les Corts Catalanes, 111, edifici C, planta 7 - Barcelona - C.P.: 08075

TEL.: 935549411

FAX: 935549511

EMAIL: instancia11.barcelona@xjg.gencat.cat

N.I.G.: 0801942120158214034

Procedimiento ordinario 1106/2015 -3B

Materia: Juicio ordinario por cuantía

Cuenta BANCO SANTANDER:

Beneficiario: Juzgado de Primera Instancia nº 11 de Barcelona

Para ingresos en caja. Concepto: Nº Cuenta Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Pagos por transferencia IBAN en formato electrónico: ES55 0049 3569 9200 0500 1274. Concepto: Nº Cuenta

Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Pagos por transferencia IBAN en formato papel: IBAN ES55 0049 3569 9200 0500 1274. Concepto: Nº Cuenta

Expediente del Juzgado (16 dígitos)

Parte demandante/ejecutante:

PROCESAL:

Procurador/a:

Abogado/a: MATILDE BARRABES RAMIREZ

Parte demandada/ejecutada: ZURICH COMPAÑIA DE SEGUROS, SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

Procurador/a:

Escofet

Abogado/a:

SENTENCIA Nº 218/2018

Magistrado: Juan Ignacio Vaquerizas Pulido

Barcelona, 30 de julio de 2018

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 9 de noviembre de 2015 el Procurador de los Tribunales Don [REDACTED], en representación de [REDACTED], después sucedido procesalmente por su viuda [REDACTED], presentó demanda de juicio ordinario contra ZURICH, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en la cual tras alegar los hechos y fundamentos de derecho que estimó de aplicación solicitó el dictado de sentencia en la que estimándose la demanda, se condene a la demandada a abonar la cantidad de TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y NUEVE EURO (361.479 '00 euros), correspondiendo a [REDACTED] la cantidad de CIENTO ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO EUROS (111.634'00 euros); a [REDACTED] la cantidad de CIENTO VEINTIDÓS MIL TRESCIENTOS VEINTITRÉS EUROS (122.323'00 euros) y a [REDACTED] la cantidad de CIENTO VEINTISIETE MIL QUINIENTOS VEINTIDÓS EUROS (127.522 '00 euros), más los intereses del artículo 20 de la Ley de contrato de seguro desde la fecha de producción del siniestro y la imposición de las costas.





SEGUNDO.- Admitida a trámite la demanda por Decreto de 27 de noviembre de 2015, se emplazó a la demandada para que contestara en veinte días. El día 18 de enero de 2016 el Procurador de los Tribunales Don [REDACTED] y [REDACTED], en representación de SERVEI CATALÀ DE LA SALUT solicitó la intervención en el procedimiento. A esta solicitud se le dio la tramitación legalmente prevista y en Auto de 29 de marzo de 2016 se admitió la intervención en el presente procedimiento del SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD (CatSalut) en calidad de parte demandada.

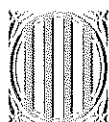
La demandada ZURICH, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., contestó a la demanda en escrito de 8 de febrero de 2016, y se opuso a su estimación. Por su parte, el SERVEI CATALÀ DE LA SALUT contestó a la demanda en escrito de 12 de mayo de 2016.

TERCERO.- Mediante diligencia de ordenación de 25 de mayo de 2016 las partes fueron convocadas al acto de la audiencia previa, que tuvo lugar el día 14 de marzo de 2017 a las 11:30 horas, con el contenido que consta en autos. Las partes fueron en dicha audiencia citadas para el acto de la vista el día 5 de abril de 2017. La vista fue nuevamente convocada para el 20 de junio de 2017, nuevamente suspendida y convocada para el 22 de junio de 2017 y suspendida por última vez, con señalamiento el día 23 de mayo de 2018 a las 09:30 horas

CUARTO.- Mediante escrito de 3 de octubre de 2016 [REDACTED] solicitó que se le declarara sucesora procesal del inicialmente actor, [REDACTED], lo que se acordó en Decreto de 14 de marzo de 2017.

QUINTO.- El día y hora señalados se celebró el acto del juicio, en el que fue practicada la prueba admitida en los términos que constan en la grabación de la misma y las partes formularon conclusiones, tras lo cual quedaron los autos conclusos y vistos para sentencia.

SEXTO.- En la tramitación del presente procedimiento se han observado todas las prescripciones legales.





FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Objeto del proceso y objeto del debate.

Posición de la parte actora. La parte actora, con base en los artículos 1.100 y siguientes del Código civil, ejercita la acción directa del artículo 76 de la Ley del Contrato del Seguro frente a la aseguradora de la responsabilidad civil del servicio prestado por el Servei Català de la Salut con base en la negligente prestación de servicios médicos por parte de los facultativos que atendieron al esposo y padre de los actores en los hechos que relata en la demanda.

Según su versión de los hechos, [REDACTED], cuando contaba 40 años de edad y carecía de antecedentes médicos de interés, salvo hábito de tabaquismo desde los 16 años y fumador de medio paquete diario (documento 1 de la demanda, historia clínica del Sr. [REDACTED]), acudió el 24 de diciembre de 2012 al médico de cabecera (CAP Mataró, Gatausa) por detectarse una tumoración de nueva aparición a nivel latero cervical izquierdo de aproximadamente dos meses de evolución. Dada la sintomatología fue derivado con carácter preferente al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Mataró (Consorti fanitari del Maresme), y el 9 de enero de 2013 acudió al CAP II El Maresme donde bajo la sospecha "tumoración laterocervical izquierda de 2 meses de evolución" solicitan la realización de una TAC de laringe urgente.

El día 17 de enero de 2013 se realizó la prueba diagnóstica, que informó de "lesión de unos 38 mm de diámetro, de captación heterogénea, con calcificaciones y áreas necróticas en su interior, posible ganglionar", cuyos hallazgos requirieron la realización de una Ecografía de la región y una PAAF de la lesión para su diagnóstico (folios nº 2 y 3 del documento nº 1).

Tras el resultado de la TAC se realizaron al Sr. [REDACTED] dos PAAF (punción por aspiración con aguja fina, que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por un patólogo) en fechas 15 de febrero de 2013 (MOSTRA C13-01480), en la que el anatomopatólogo indicó que "La imatgen citología no és la d'una adenopatia, sino que sembla correspondre a una lesió de glándula salival, possiblement un tumor mixte" (folio nº 5 del documento nº 1), y 27 de febrero de 2013 (MOSTRA C13-01852) en la que el anatomopatólogo indicó que "La





imatge citològia no és la d'una adenopatia i sembla correspondre a un tumor de glàndula salival, del tipus adenoma pleomòrfic o adenoma monomorf" (folio nº 6 del documento nº 1).

Conocido el resultado de las PAAF, se decidió intervenir al Sr. [REDACTED] el 12 de marzo de 2013 en el Hospital de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme) mediante cervicotomía lateral izquierda. Durante la intervención se extrajo la tumoración de la parótida izquierda para su análisis (folio nº 7 del documento nº 1). El día 13 de marzo de 2013 el informe de anatomopatología de la pieza extraída (tumor cervical izquierdo), con número de muestra emite diagnóstico de "adenoma pleomórfico (tumor mixto de glándula salival) multifocal (dos nódulos de 4 y 1.4 cm). El mayor focalmente encapsulado y con infiltración del tejido adiposo adyacente" (folio nº 11 y 13 del documento nº 1).

Tras el alta hospitalaria el Sr. [REDACTED] realizó las visitas de seguimiento en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Mataró los días 20 y 22 de marzo, 11 y 14 de abril, 2 de octubre de 2013 y 17 de diciembre de 2015; informándole dos meses después de la operación del resultado de la biopsia así como la benignidad del tumor. En las siguientes visitas de control se procedió a la exploración física del paciente (palpación de la zona intervención) sin realizar prueba diagnóstica complementaria (radiografía y analítica), constando en la historia clínica del paciente como antecedentes patológicos "Exèresi d'adenoma pleomorf al mars del 2013 que, en seguiment a consultes externes, no havia presentat signes de recidiva locoregional" (folio nº 21 del documento nº 1). La demanda se duele de que durante todo el seguimiento médico del Sr. [REDACTED] en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Mataró no se le sometiera a tratamiento complementario (radiografías y analíticas), pruebas necesarias y consensuadas en el Comité Clínico Disciplinar, a pesar de estar descrita en el estudio histológico la afectación de márgenes quirúrgicos y la existencia de infiltración tejido adiposo adyacente.

A continuación, la demanda explica que el 31 de julio de 2014 el Sr. [REDACTED] ingresó en el Hospital de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme) por cuadro de malestar general de 15 días de evolución acompañado de pérdida de peso (unos 5 kilos) con diarreas abundantes, ictericia (coloración amarillenta de la piel), coluria (coloración oscura de la orina), acolia (coloración clara de las heces) de varios días de evolución (folios nº 14 y 15





del documento nº 1). Tras la exploración médica se ingresó al paciente en el Servicio de Cirugía para examen y exploración, realizando al día siguiente diversas pruebas diagnósticas entre las que destaca (folio 15 del documento nº 1):

- Ecografía abdominal: "... Hígado con presencia de una extensa lesión heterogénea que ocupa todo el LHD de 14 x 16 cm, y provoca pro compresión dilatación de vía biliar intrahepática distal a la masa del lóbulo hepático izquierdo.... Lesión exofítica que depende del polo inferior del riñón derecho de 36mm con área central necro quística, sugestiva de tumoración renal" (folio nº 19 del documento nº 1).

- TAC toraco-abdominal: "Tumores primarios (colangiocarcinoma +/-hiper nefroma vs metástasis" (folio 19 del documento nº 1), anotando como diagnóstico inicial "probable metástasis de su adenoma pleomorfo, intervenido en marzo del 2013".

- PAAF hepática y PAFF renal realizadas el 5 de agosto de 2014: informan ambas de que "la imagen citológica es de un tumor mixto (adenoma pleomórfico). No se observan criterios citológicos de malignidad. Comentario: Considerando conjuntamente los datos clínicos parece que se trata de metástasis de tumor mixto "benigno" (adenoma pleomórfico) metastatizante".

El 11 de agosto de 2014 se trasladó al Sr. [REDACTED] a la unidad de angiorradiología del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona para la colocación de un drenaje interno-externo por vía transparietohepática consiguiéndose una progresiva despigmentación del enfermo y la mejoría del perfil hepático en la analítica. Se descartó la posibilidad de trasplante y se consultó al Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona para valorar la posibilidad de proceder a la resección quirúrgica de la lesión hepática y renal. Se otorgó el alta al paciente el 15 de agosto de 2014 (folio 17 del documento nº 1). El 17 de agosto de 2014, el Sr. [REDACTED] acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme) por presentar dolor abdominal e imposibilidad de ingerir alimento, por lo que se decidió su ingreso en el Servicio de Cirugía, donde se le colocó nuevo catéter interno-externo biliar por extrusión del anterior. El día 20 de agosto de 2014 realizó la 1ª visita con el Servicio de Oncología bajo el diagnóstico de "Metástasis hepática (12 cm en segmento IV) y renal derecha por adenoma





pleomórfico mixto (diagnostico por PAFF) en ausencia de recaída locoregional", y se planteó el estudio del tratamiento posterior a seguir (quimioterapia paliativa y/o metastasectomía hepática y renal), si se producía la normalización de las pruebas hepáticas, otorgándole el alta el día 1 de septiembre (folio nº 27 del documento nº 1). El 9 de septiembre de 2014, el Sr. [REDACTED] acudió de nuevo a urgencias del Hospital de Mataró por cuadro de fiebre (38º), ictericia con drenaje biliar escasamente productivo; se pautó tratamiento antibiótico y se le dio el alta a petición suya.

Por otra parte, el 5 de septiembre de 2014 se obtuvo el resultado del PET/SCAN, que visualizó a nivel abdominal hepatomegalia con presencia de una lesión hepática focal de aproximadamente 12 X 9 cm, ocupando los segmentos IV y VIII, con adenopatía hipermetabólica compatible con patología infiltrativa, probable metástasis. A nivel posterior del segmento VI se evidenció otra lesión focal de 8mm sugestiva de quiste simple (masa renal en polo inferior de riñón derecho con diámetros de 5,7 x 3,2 cm, compatible con patología infiltrativa a valorar tumor primario metástasis).

Ante esta situación en la que el Sr. [REDACTED] había igresado en numerosas ocasiones en el Hospital de Mataró y también había sido valorada su situación en el Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, y en la que un tumor mixto adenoma pleomorfo había debutado posteriormente en intervención quirúrgica con metástasis hepáticas y renales, se solicitó la realización de diversas pruebas diagnósticas entre las que se encuentra la revisión de las laminillas procedentes de la intervención quirúrgica realizada el 13 de marzo de 2013, para lo cual se enviaron las preparaciones histológicas (B13-2412, C14-5952 y B13 2412-2), entre las que se encuentra la MUESTRA B13-02412 realizada en el año 2013, al Hospital [REDACTED], cuyo resultado informa el 5 de septiembre de 2014 de tumoración de glándula parotídea en consulta (revisión histológica ref. b13-02412): adenocarcinoma de células basales (folio nº 12 del Documento nº 1).

Asimismo, con fecha 3 de noviembre de 2014, y por solicitud de la Dra. [REDACTED], de consultas externas de Oncología, se realizó revisión de la muestra histológica de parótida, cuyo resultado es adenocarcinoma de células basales. La demanda defiende que con esta revisión se descubrió que el Sr. [REDACTED] no tenía un adenoma pleomórfico benigno como inicialmente se le diagnosticó, sino un adenocarcinoma con criterios de malignidad, lo que





implica que el Sr. [REDACTED] padecía en el año 2013 un tumor maligno que no fue tratado correctamente durante 1 año y 3 meses, provocando la extensión y crecimiento del tumor hasta formarse una lesión hepática de 12 centímetros que se extendía hasta el riñón, es decir, que el tumor había crecido de tal manera que existía metástasis en el hígado y en el riñón cuyo trasplante se descartaba, teniendo como única alternativa, según el criterio del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona ante la evolución de la enfermedad, el tratamiento paliativo con quimioterapia.

La demanda sostiene que el diagnóstico definitivo y diferencial entre un tumor maligno y uno benigno en tumores de glándula parótida se realiza mediante las características histológicas, por lo que es de importancia máxima hacer un buen examen histológico de la pieza extraída. Observa que el primer examen histológico de la pieza quirúrgica de parotiroidectomía extraída en marzo de 2013 en el Hospital de Mataró, informó de adenoma pleomórfico pese a que las características histológicas de la muestra no se correspondían con un adenoma, dado que:

- 1- Los adenomas pleomórficos poseen cápsula, pese a lo cual en el caso del Sr. [REDACTED] sólo en la lesión de mayor tamaño se describía que estuviera encapsulado.
- 2- Los adenomas pleomórficos no son infiltrantes. En el caso del Sr. [REDACTED] se describe la infiltración del tejido adiposo adyacente, características contrarias al diagnóstico de adenoma/tumor mixto.
- 3- En los adenomas pleomórficos el estudio inmunohistoquímico es positivo para VC-1 (AC monoclonal antiactínico) en el 60% de los casos y para V-9 (anticuerpo monoclonal anti vimentina) en el 87% de los casos. En el caso del Sr. [REDACTED] no aparece la realización del estudio inmunohistoquímico en abril de 2013.

Asimismo, la demanda enfatiza en que no consta en toda la historia clínica del Sr. [REDACTED] un curso clínico o informe médico que expliquen la aparición de un carcinoma proveniente de un exadenoma pleomorfo, hecho que se produce con muy baja frecuencia y que nunca da lugar a metástasis, única explicación de la causa de aparición de metástasis hepáticas y renales; pues un tumor benigno nunca da lugar a metástasis.

En cuanto a la evolución de la enfermedad, la demanda narra las vicisitudes económicas en la consecución de





tratamiento del Sr. [REDACTED], sin reclamar cantidad alguna por este concepto ni inicialmente ni tampoco como consecuencia del fallecimiento del Sr. [REDACTED] y de la sucesión procesal producida.

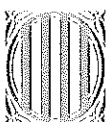
Respecto de la relación directa entre la falta de diligencia debida y asunción de riesgos indebidos y el resultado de daño desproporcionado con fallecimiento del Sr. [REDACTED], la demanda recapitula a continuación y expresa, con base en el informe pericial que aporta como documento 4 de la demanda, que:

1.- Se diagnosticó, erróneamente, un adenoma pleomorfo, y tras la extracción tumoración de la parótida izquierda, existió un defecto de asistencia por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Mataró, al no interpretar la necesidad de una técnica de ampliación quirúrgica por márgenes afectos en la pieza ni solicitar exploraciones complementarias (radiografías y analíticas) durante el seguimiento del paciente.

2.- El servicio de anatomía patológica del Hospital de Mataró incurrió en error en el informe de anatomía patológica en marzo de 2013 al calificar una lesión como tumor mixto-adenoma pleomorfo de parótida cuando en realidad era un tumor maligno adenocarcinoma de células basales, pues no existe explicación, médico científica, posible a la aparición de metástasis viscerales en un tumor benigno.

3.- Como consecuencia del error en el diagnóstico, durante 1 año y 3 meses el Sr. [REDACTED] no recibió tratamiento adecuado (exéresis quirúrgica radical + radioterapia local) de la tumoración maligna que padecía.

4.- Hubo retraso en el diagnóstico en la medida en que desde el resultado de la biopsia de la pieza extraída en la intervención quirúrgica realizada en el Hospital de Mataró el 12 de marzo de 2013 hasta que la revisión de la misma muestra (pieza extraída) el 5 de agosto de 2014 informó de la malignidad del tumor, transcurrieron 15 meses y se produjo un crecimiento considerable en la lesión al presentar importantes metástasis hepáticas y a nivel renal derecho, que conllevó una modificación relevante en las alternativas terapéuticas dado que el Sr. [REDACTED] no pudo someterse a trasplante ni cirugía, al diseminarse el cáncer a otras partes del cuerpo y hubo de someterse a tratamiento paliativo con quimioterapia y drenaje biliar para aliviar su clínica sintomatológica; sin posibilidades de curación, siendo que finalmente falleció el 16 de agosto





de 2016. La demanda pone de relieve que con la misma muestra y con los mismos medios que en el Hospital de Mataró, en el Hospital Clínico de Barcelona se diagnosticó correctamente el tumor del el Sr. [REDACTED] al informar que la muestra objeto de biopsia correspondía a un adenocarcinoma de células basales.

5.- La demanda refiere también que esta negligencia médica causó daño desproporcionado y disminución de la esperanza de vida del el Sr. [REDACTED], que falleció el 16 de agosto de 2016 con 43 años.

A continuación, la demanda incide en que no consta en la historia clínica información al paciente sobre las consecuencias del retraso en el diagnóstico de adenocarcinoma de células basales, ni de las alternativas terapéuticas en función del estadio del tumor, y considera responsable civil a la aseguradora demandada a tenor de la póliza de asistencia sanitaria que cubre el riesgo de daños personales hacia terceros de los que pueda ser responsable los profesionales que prestan sus servicio dentro de la póliza suscrita por el Hospital de Mataró (Consorci Sanitari del Maresme), para el aseguramiento de la responsabilidad civil del personal al servicio del centro médico, de su cuadro médico que pone a disposición de los pacientes y por el principio de culpa in eligiendo e in vigilando, y a quienes se ha requerido a fin de interrumpir la prescripción de la acción y en su caso intentar acuerdo transaccional. Explica que con la finalidad de evitar la reclamación judicial, la actora remitió a la demandada escrito de reclamación a fin de llegar a un acuerdo amistoso (documento 5 de la demanda), sin haber recibido respuesta alguna, por lo que procede la condena de la demandada, de los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley de contrato de seguro desde la producción de los hechos, hasta su completo pago.

Respecto de la cuantificación de la reclamación, en virtud de escrito de 29 de marzo de 2017, la parte actora aplica el Baremo que rige en la fijación de las indemnizaciones por daños corporales en el caso de los accidentes de tráfico (Ley 35/2015, de 22 de septiembre), a fecha del fallecimiento del Sr. [REDACTED] el 16 de agosto de 2016, dado que el citado baremo señala que será de aplicación para todos aquellos siniestros producidos a partir del 1 de enero de 2016.

Indemnizaciones por causa de muerte:

1.- TABLA 1. A PERJUICIO PERSONAL BÁSICO





Categoría 1. El cónyuge

- Hasta 15 años de convivencia, si la víctima tenía hasta 67 años 90.000.- Euros, en favor de la Sra. [REDACTED].

Categoría 3. Los descendientes.

- A cada hijo que tenga hasta 14 años 90.000.- euros para cada uno de sus hijos, [REDACTED] y [REDACTED] López.

Total perjuicio básico = 270.000.- euros

II.- TABLA 1. C PERJUICIO PATRIMONIAL DAÑO EMERGENTE.

Perjuicio patrimonial básico (cantidad por perjudicado) = 400.- euros.

Total perjuicio patrimonial = 1.200.- euros

III. TABLA 1.C.1 LUCRO CESANTE DEL CONYUGE.

- Años de duración del matrimonio, hasta 15 años, por ingreso neto (18.000.- euros), y la edad del cónyuge (43 años) = 28.312.- euros

IV.- TABLA 1. C. 2 LUCRO CESANTE DEL HIJO.

- Ingreso neto (18.000.- euros) por edad del hijo ([REDACTED] de 13 años de edad) = 42.565.- euros.
- Ingreso neto (18.000.- euros) por edad del hijo ([REDACTED] de 8 años de edad) = 49.496.- euros.

En relación con el lucro cesante, al tratarse de 3 perjudicados, por aplicación del artículo 87 de la Ley 35/2015, deberá establecerse una reducción de la cantidad dado que el límite del lucro cesante no puede superar el 90%.

1.- Respecto del cónyuge, su cuota será del 60%

2.- Respecto de los hijos, la cuota de cada uno será 30%

Dado que no se puede superar el 90%, y estamos ante un cuota de 120% deberemos efectuar la reducción hasta llegar al 90% aplicando un factor de corrección, es decir, dividiremos $90/120 = 0,75$ que se multiplicara sobre la cantidad de cada perjudicado, y en relación con la cantidad obtenida en las tablas:

1.- Cónyuge, Dña. [REDACTED] = 28.312.- euros x 0,





75 % = 21.234.- euros.

2.- Hija de 13 años, [REDACTED] = 42.565.- euros x 0,75% = 31.923,75.- euros.

3.- Hijo de 8 años, [REDACTED] = 49.496.- euros x 0,75 = 37.122.- euros.

Total lucro cesante = 90.279.- euros.

En conclusión, reclama el pago a [REDACTED] de la cantidad de CIENTO ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO EUROS (111.634'00 euros); a [REDACTED] de la cantidad de CIENTO VEINTIDÓS MIL TRESCIENTOS VEINTITRÉS EUROS (122.323'00 euros) y a [REDACTED] de la cantidad de CIENTO VEINTISIETE MIL QUINIENTOS VEINTIDÓS EUROS (127.522'00 euros), más los intereses del artículo 20 de la Ley de contrato de seguro desde la fecha de producción del siniestro y las costas procesales.

Posición de ZURICH, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. La aseguradora inicialmente demandada defiende en primer lugar que la carga de la prueba sobre la mala praxis médica corresponde a la actora, que no ha aportado la historia clínica completa del actor, documentación que resulta fundamental, puesto que las imputaciones de responsabilidad se hacen en base a la asistencia médica recibida. Respecto a la alegación de error en el resultado del informe de anatomía patológica del año 2013 y falta de medios a disposición del Sr. [REDACTED]; parte del hecho indiscutible de que, tal y como consta en el Documento 1, folios 11 y 12, la propia Dra. [REDACTED] cuando reevalúa y revisa la muestra extraída en 2013, concluye que se trata de un caso excepcional de curso agresivo metastatizante que no se ha comportado o debutado de forma habitual, sino de forma agresiva y con metástasis, por lo que en ningún caso cabe hablar de retraso de diagnóstico o pérdida de oportunidad. Sostiene que no concurre daño desproporcionado, pues el estado del Sr. [REDACTED] se debía, desde su punto de vista, a su patología de base, y porque como la propia Dra. [REDACTED] establece en su informe, se trata de un caso excepcional que debuta de forma agresiva y con metástasis. Respecto de la falta de consentimiento informado, sostiene que no pudieron informar al Sr. [REDACTED] de una enfermedad que no sabían que existía.

En cuanto a la pretensión de que se le impongán los intereses previstos por el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguros, se opone en primer lugar porque asegura a una



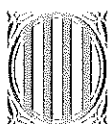


administración, no pudiendo reconocer la existencia de responsabilidad de ésta si no lo hace ella misma o no lo acuerda así un Tribunal, y en segundo lugar, por cuanto la primera y única reclamación que existe por parte de la actora contra ella o su asegurada es la reclamación aportada como Documento 5 de la demanda, que le fue entregada el 20 de abril de 2015, siendo que en tal reclamación no se solicita importe alguno, ni se establecen las secuelas, daños reclamados, etc, por lo que entiende que es improcedente reclamar el devengo de unos intereses de un importe que ni la propia parte actora pudo cuantificar en la reclamación amistosa en abril de 2015. Siendo así que ni siquiera la actora en dicha fecha contaba con un informe pericial que determinase la existencia de responsabilidad.

Por último, en cuanto a la suma reclamada de contrario, sin oponerse a la aplicación del baremo del año 2016 ni a las partidas concretas reclamadas, entiende (en su escrito de 8 de mayo de 2017) que adolece de pluspetición, por el mal pronóstico que tienen los adenocarcinomas como el de autos, y que la indemnización debería reducirse al 50% de lo reclamado.

Posición del Servei Català de la Salut. El Servei Català de la Salut en su contestación a la demanda sostiene que no existe relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada al Sr. [REDACTED] y el daño que constituye el objeto de la pretensión indemnizatoria de autos, pues entiende que del informe anatomopatológico de revisión y reevaluación realizado en septiembre de 2014 sobre la muestra extraída y analizada en 2013 (documento 1 de la demanda, folios 11-12), se infiere que el supuesto de autos es muy excepcional en el tipo de tumoración que presentaba el Sr. [REDACTED], al no haberse comportado o debutado de la forma habitual, sino de forma agresiva y con metástasis. Defiende que un error de diagnóstico no es necesariamente indicativo de infracción de la *lex artis ad hoc*, en la medida en que no es suficiente que ese error sea de notoria gravedad siempre que se acredite que se emplearon los medios ordinarios y se actuó con la debida diligencia para cerciorarse del diagnóstico. Entiende que en el caso de autos el error de diagnóstico que se produjo inicialmente era excusable, atendida la excepcionalidad de presentación de la tumoración, reconocida por la facultativa que realizó el segundo análisis de revisión, la Dra. [REDACTED].

En cuanto al pronóstico y las perspectivas de curación y tratamiento de la enfermedad, comprometidos por el retraso en el diagnóstico, sostiene que este retraso no es





suficiente para establecer con certeza que un diagnóstico más precoz hubiera variado el tratamiento o el pronóstico de la enfermedad, habida cuenta del carácter excepcional del tumor por su forma de debut agresiva y metastatizante. Entiende que el único concepto indemnizable sería la pérdida de expectativas de salud generadora de daños morales, y no el resultado final. En su escrito de 8 de mayo de 2017 expresa que el daño concurrente no puede ser el fallecimiento del Sr. [REDACTED], atendido que en casos como el de autos no puede establecerse con certeza que un diagnóstico más precoz hubiera evitado su muerte, de manera que el único concepto indemnizable sería la pérdida de expectativas de salud, generadora de daños morales, pero no el fallecimiento del Sr. [REDACTED].

Por último, se opone a la reclamación de intereses a la aseguradora demandada, por no concurrir la obligación de indemnizar ni haber incumplido esta obligación la aseguradora demandada.

A la vista de la demanda y de las contestaciones, y en los términos fijados en el acto de la audiencia previa, son hechos controvertidos la relación de causalidad entre la asistencia médica prestada al Sr. [REDACTED] en el Hospital de Mataró, en concreto el error y el retraso desde el 13 de marzo de 2013 y hasta el 1 de agosto de 2014 en el diagnóstico del adenocarcinoma que padecía, y su fallecimiento el 16 de agosto de 2016, y en su caso la relación de causalidad entre la falta de tratamiento médico entre el 13 de marzo de 2013 y el correcto diagnóstico y la consiguiente pérdida de oportunidad de tratamiento médico, y el fallecimiento del Sr. [REDACTED]. También resulta controvertida la valoración de los daños derivados del fallecimiento del Sr. [REDACTED], en los términos descritos en este mismo fundamento.

No existe controversia sobre el tratamiento médico administrado al Sr. [REDACTED] ni sobre los hitos en su historia clínica.

Tales cuestiones deben resolverse de conformidad con el artículo 217 de la Ley de enjuiciamiento civil (en adelante, LEC), que establece que "Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda", y que "Incumbe al demandado la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la



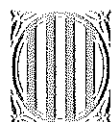


eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior". En tal sentido, conforme a consolidada y reiterada jurisprudencia, la acción de responsabilidad extracontractual del artículo 1.902 del CC exige para su éxito que se aprecie la existencia de tres requisitos, consistentes en una conducta u omisión negligente o culposa, la producción de daños, y la relación de causalidad entre los daños y la conducta del agente. Para que se dé el primer elemento es preciso que el comportamiento desencadenante del evento sea calificable como antijurídico, es decir, que se produzca al menos la vulneración del principio genérico de no dañar a otro. Respecto del segundo elemento enunciado consiste, simplemente, en la causación de un perjuicio cierto derivado de la mencionada acción. Y por último, el nexo causal supone la existencia de una relación precisa entre acción u omisión y el daño o perjuicio, inspirándose para su apreciación en la valoración de las condiciones y circunstancias que el buen sentido señala, en cada caso, como índice de responsabilidad dentro del infinito encadenamiento de causas y efectos.

SEGUNDO.- De la responsabilidad médica en general. El tema de la responsabilidad médica en casos de negligencia ha sido tratado en reiteradas ocasiones por la Jurisprudencia.

En cuanto a la actividad médica, el Tribunal Supremo señala ya en sentencia de 26 de abril de 2007 que debe distinguirse entre medicina curativa o asistencial, básicamente de medios, y medicina satisfactiva, que, a diferencia de la curativa o asistencial, pretende un resultado concreto que el médico oferta al cliente, respondiendo la demanda del cliente más que a imperiosa necesidad de la salud del enfermo, a su voluntad de tratar una mejora corporal, estética o funcional del propio cuerpo, por lo que el resultado en la cirugía satisfactiva opera como auténtica representación final de la actividad que desarrolla el facultativo, ya que su obtención es el principal cometido de la intervención y sin descartar los componentes aleatorios de riesgo que toda intervención médica puede llevar consigo.

Respecto de la medicina curativa, es doctrina reiterada que la responsabilidad médica sólo puede apreciarse cuando existe culpa o negligencia por parte del facultativo, que se concreta en la infracción de la *lex artis ad hoc* (reglas del oficio adecuadas al caso). No es aceptable la objetivación de la responsabilidad en un sistema de responsabilidad subjetiva o por culpa, como el que establece el artículo





1902 CC, ni tan siquiera mediante la doctrina del resultado desproporcionado, que sólo es admisible como procedimiento racional encaminado por vía de inferencias lógicas a la demostración de la culpabilidad del autor del daño (SSTS de 30 de enero de 2004, 15 de febrero de 2006, 26 de julio de 2006, 18 de diciembre de 2006 y 14 de febrero de 2007, entre otras).

Como recuerda el Tribunal Supremo en sentencia de 7 de mayo de 2007, para que exista responsabilidad no es suficiente con el elemento de la negligencia, pues se requiere la existencia de un nexo de causalidad establecido entre la conducta culposa del agente y el daño padecido.

Las STS 230/2014, de 7 de mayo, y 517/2013, de 19 de julio han mantenido que "La responsabilidad del profesional médico es de medios y como tal no puede garantizar un resultado concreto. Obligación suya es poner a disposición del paciente los medios adecuados comprometiéndose no sólo a cumplimentar las técnicas previstas para la patología en cuestión, con arreglo a la ciencia médica adecuada a una buena praxis, sino a aplicar estas técnicas con el cuidado y precisión exigibles de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, y, en particular, a proporcionar al paciente la información necesaria que le permita consentir o rechazar una determinada intervención. Los médicos actúan sobre personas, con o sin alteraciones de la salud, y la intervención médica está sujeta, como todas, al componente aleatorio propio de la misma, por lo que los riesgos o complicaciones que se pueden derivar de las distintas técnicas de cirugía utilizadas son similares en todos los casos y el fracaso de la intervención puede no estar tanto en una mala praxis cuanto en las simples alteraciones biológicas. Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la lex artis, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual". Así, en cualquier caso, la responsabilidad del médico no es de resultados, sino de medios, de modo que debe poner a disposición del paciente todos sus conocimientos y la diligencia necesarios en el desarrollo de sus funciones. Es decir, consiste en el desarrollo de una conducta diligente encaminada a conseguir el resultado previsto y se concreta en garantizar al enfermo el empleo de los medios adecuados, proporcionándole todos los medios que requiera según el estado de la ciencia, y estén a disposición del médico, descartándose toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba.

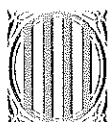




La actuación médica del caso de autos debe considerarse como curativa y no satisfactiva, por pretender sanar una enfermedad que comprometía seriamente la vida del actor.

TERCERO.- De la actuación médica realizada en el caso de autos. De la valoración de la prueba. La parte actora considera que hubo un retraso en el diagnóstico del adenocarcinoma de células basales que padeció el Sr. [REDACTED], provocado por un error en el diagnóstico realizado el 13 marzo de 2013, que clasificó el tumor detectado y extraído como adenoma pleomórfico benigno, cuando realmente era un adenocarcinoma con criterios de malignidad. Asimismo, entiende que el error de diagnóstico le privó del tratamiento curativo (intervención quirúrgica) y preventivo (quimioterapia y/o radioterapia) para evitar la reproducción o metástasis del tumor que se detectó en el mes de agosto de 2014 y que finalmente le causó la muerte el 16 de agosto de 2016. Las demandadas niegan que se produjera este error de diagnóstico, y asimismo que el retraso en el mismo haya supuesto una pérdida de oportunidad de tratamiento, habida cuenta de la agresividad del tumor que padecía el Sr. [REDACTED].

Como se ha dicho más arriba, para la exigencia de responsabilidad por un diagnóstico erróneo o equivocado debe partirse de sí el médico ha realizado o no todas las comprobaciones necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en el momento, para emitir el diagnóstico y descartar la patología más grave y dañosa, según la ciencia médica, para la salud del paciente. Así, se exige a la Administración sanitaria que sus profesionales ajusten su actividad a la praxis profesional, o en sentido negativo, que no actúen con mala praxis en cada caso concreto, entendida ésta como la comisión de errores, la utilización de métodos incorrectos, atendido el estado de la ciencia en el momento de los hechos, o la omisión de tratamientos o precauciones aconsejables al paciente. La actuación con mala praxis será antijurídica, contraria a derecho, y supondrá la causación de un daño que el paciente no tendrá la obligación de soportar. En otras palabras, es antijurídico el daño que no supera el parámetro de normalidad entendido como el estado de los conocimientos científicos o técnicos en el nivel más avanzado de las investigaciones, que comprende todos los datos presentes en el circuito informativo de la comunidad científica o técnica en su conjunto, teniendo en cuenta las posibilidades concretas de circulación de la información, lo que permitirá, en su caso, imputar la





responsabilidad a la Administración pública sanitaria.

Para resolver esta cuestión, debe estarse a los informes periciales aportados por las partes. La parte [REDACTED] el informe elaborado por la doctora [REDACTED], especialista en oncología radioterápica, y la parte demandada informe de [REDACTED], también especialista en oncología médica y miembro de varias sociedades médicas de oncología.

Según el informe médico de la demanda, tras el resultado de la ecografía de la zona donde se encontraba inicialmente el tumor del Sr. [REDACTED], se le realizaron dos punciones por aspiración con aguja fina -PAAF-, de las cuales en la primera, de 15 de febrero de 2013 (muestra C13-01480), el anatomopatólogo indicó que la imagen parecía corresponderse con la de un tumor mixto, y la segunda, de 27 de febrero de 2013 (muestra C13-01852) en la que el anatomopatólogo indicó que la imagen citológica no era la de una adenopatía y parecía corresponderse con la de un tumor de glándula salival, tipo adenoma pleomórfico o adenoma monomórfico. Una vez fue intervenido el Sr. [REDACTED], el informe de anatomopatología de la pieza extraída (tumor cervical izquierdo), de 13 de marzo de 2013 y con número de muestra B13-02412 emite diagnóstico de "adenoma pleomórfico (tumor mixto de glándula salival) multifocal (dos nódulos de 4 y 1.4 cm). El mayor focalmente encapsulado y con infiltración del tejido adiposo adyacente". La perito defiende que el diagnóstico definitivo y diferencial entre tumor maligno y uno benigno en tumores de glándula parótida se realiza mediante las características histológicas, por lo que es de importancia máxima hacer un buen examen histológico de la pieza extraída, y sostiene que el error médico y el actuar negligente de los profesionales que trataron al Sr. [REDACTED] consiste en que el primer examen histológico de la pieza quirúrgica de parotiroidectomía extraída en marzo de 2013 en el Hospital de Mataró informó de adenoma pleomórfico, siendo que las características histológicas de la muestra no se correspondían con un adenoma, dado que:

1- Los adenomas pleomórficos poseen cápsula, pese a lo cual en el caso del Sr. [REDACTED] sólo en la lesión de mayor tamaño se describía que estuviera encapsulado.

2- Los adenomas pleomórficos no son infiltrantes. En el caso del Sr. [REDACTED] se describe la infiltración del tejido adiposo adyacente, características contrarias al diagnóstico de adenoma/tumor mixto.





3- En los adenomas pleomórficos el estudio inmunohistoquímico es positivo para VC-1 (AC monoclonal antiactínico) en el 60% de los casos y para V-9 (anticuerpo monoclonal anti vimentina) en el 87% de los casos. En el caso del Sr. [REDACTED] no aparece la realización del estudio inmunohistoquímico en abril de 2013.

Por su parte, el informe médico de la contestación a la demanda de la aseguradora demandada no profundiza en las características de ambos tumores (adenoma y adenocarcinoma) ni tampoco en cómo diferenciarlos desde el punto de vista del diagnóstico de la enfermedad, lo cual es llamativo, habida cuenta de la profusión del informe de la actora en este sentido.

En el acto de la vista declaró el patólogo que realizó los análisis del mes de febrero de 2013, el Doctor [REDACTED], que declaró que el adenoma pleomórfico se incluye dentro de las variantes de tumores benignos pero no siempre tiene comportamientos benignos, pues no es benigno y puede producir metástasis. Dijo también que en la descripción microscópica las muestras tenían características de adenocarcinoma y también del adenoma pleomórfico; que la exéresis de un tumor benigno no es igual que la de un tumor maligno, pues en el maligno se suelen ampliar más los márgenes, pero que en este caso se habría actuado igual porque el adenoma pleomórfico puede malignizar. Después reconoció que al hacerse la biopsia de la muestra del hígado tuvo conocimiento de que había errado en el diagnóstico inicial. También expresó que no hay mecanismos que puedan permitir prever cómo se va a comportar un adenoma pleomórfico, ni marcadores ni análisis que puedan predecir que se va a producir la metástasis, por lo que el tratamiento posterior va dirigido a evitar la recidiva local, puesto que tanto el adenocarcinoma de células basales como el adenoma pleomórfico dan metástasis excepcionalmente, y más aún en el hígado en el caso del adenocarcinoma. Reconoció también que los dos tumores se parecen mucho a nivel morfológico y biológico.

Asimismo, declaró la doctora [REDACTED], patóloga responsable del servicio del Hospital de Mataró, que dijo que el adenoma pleomorfo es un tumor muy frecuente que lo más normal es que recidive pero no que metastatice, y que sólo se puede saber que ha metastatizado cuando efectivamente tiene lugar la metástasis. Declaró también que en tumores benignos no se hacen controles mediante TAC porque es excepcional que malignicen y





produzcan metástasis.

En el acto de la vista también declaró la doctora [REDACTED], patóloga especialista en tumores de cabeza y cuello, que realizó el análisis de las muestras el 5 de septiembre de 2014 y calificó el tumor ya como adenocarcinoma de células basales. Manifestó que es muy difícil discernir entre un adenoma y adenocarcinoma, y que si se hubiera calificado inicialmente como adenocarcinoma quizás se habría realizado un estudio de los ganglios. También manifestó que son dos tumores que se solapan histológicamente y que el adenocarcinoma de células basales es muy raro que metastatice y aún más que metastatice pero no produzca recidiva local, como le sucedió al Sr. [REDACTED].

La valoración conjunta de los elementos probatorios citados permite alcanzar la conclusión de que en el caso de autos se produjo un error inicial de diagnóstico consistente en considerar que el tumor que padecía el Sr. [REDACTED] era un adenoma pleomorfo cuando en realidad era un adenocarcinoma de células basales. Todos los profesionales médicos que han intervenido en el procedimiento están conformes en que se trata de dos figuras que son muy similares, pero, salvo la perito de la parte actora, los demás no han sido claros y contundentes en su explicación de las diferencias de ambos tumores y en cómo se puede diferenciar uno de otro. Esta falta de claridad resulta especialmente llamativa habida cuenta de la rotundidad y la tecnicidad con la que los profesionales médicos explican las características y diferencias de las distintas clases de enfermedades y de los medios a su alcance para diagnosticarlas sin error. Así, resulta obvio que entre el adenoma pleomorfo y el adenocarcinoma de células basales deben existir diferencias que permitan su diagnóstico diferenciado, pues de no ser así no constituirían dos categorías médicas diversas. Considero que la mala praxis profesional se produce desde el momento en que, conociendo que estas dos figuras son muy parecidas, y que eventualmente pueden tener consecuencias distintas en la salud de la persona que las padece, los profesionales médicos del Hospital de Mataró que trataron al Sr. [REDACTED] no agotaron todos los medios que existían a su alcance para concretar el diagnóstico del tumor que éste padecía. En este sentido, concedo especial valor probatorio a la prueba pericial de la demanda, que pone de relieve las características histológicas del adenoma y del adenocarcinoma y las que concurrían en el tumor que padecía el Sr. [REDACTED], pues resalta que dicho tumor no era



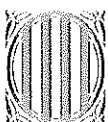


claramente un adenoma pleomorfo, así como en la falta de realización del estudio histoquímico de la muestra, todo lo cual deja en evidencia la falta de empleo de todos los medios para la averiguación de la verdadera naturaleza del tumor padecido por el Sr. [REDACTED]. En relación con esto último, creo conveniente reiterar lo dicho más arriba: entiendo que por mucho que el adenoma pleomorfo y el adenocarcinoma de células basales sean dos tumores que se solapan histológicamente, debe existir entre ambos alguna diferencia, pues si no constituirían la misma clase de tumor y no tendrían denominación distinta uno del otro. Así se infiere también de la bibliografía médica aportada por la parte actora el día de la audiencia previa.

En el mismo orden de cosas, este error inicial de diagnóstico supuso que no se realizara actuación alguna tendente a averiguar si había metástasis del tumor originario hasta que ésta se manifestó, lo que claramente influyó en todo el tratamiento posterior.

CUARTO.- De las consecuencias de la negligente actuación médica. La valoración conjunta de la prueba practicada, habida cuenta de la infracción de la *lex artis* en el tratamiento médico dispensado al Sr. [REDACTED] en los términos expresados en el fundamento jurídico anterior, ha demostrado la pérdida de la oportunidad de evitar el curso de la enfermedad. Y la gravedad de esta omisión la pone de relieve de manera objetiva, habida cuenta de la falta de concordancia de los peritos al respecto, el documento 3 aportado el día de la audiencia previa por la parte actora, que expresa en la página 698 que el adenocarcinoma *"en conjunto tienen gran tendencia a metastatizar (50% linfática y 30% hemática)"*. Un correcto diagnóstico habría exigido un tratamiento posterior dirigido en primer lugar a detectar posibles metástasis ya existentes en el momento de diagnóstico y en segundo lugar, en caso de no haber metástasis desde el inicio, a evitar que se produjeran o detectarlas y tratarlas con la mayor rapidez posible. Esta conclusión hace innecesario analizar si se omitió información al Sr. [REDACTED] sobre las consecuencias del retraso en el diagnóstico de adenocarcinoma de células basales; o de las alternativas terapéuticas en función del estadio del tumor.

Así, existe una privación de expectativas, recogida en la "doctrina de la pérdida de oportunidad", que constituye, como afirma la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, Sección 6ª, de 7 de julio de 2.008 (recurso 4776/2004), con





cita de la de 7 de septiembre de 2005 y otras: "un daño antijurídico puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias" (STS Sala III, Sección 4ª, de 21 de diciembre de 2015).

En definitiva, se ha producido la referida pérdida de oportunidad, cuyas consecuencias no pueden determinarse con seguridad, por cuanto no se puede afirmar que en todo caso el diagnóstico a tiempo hubiera evitado el fallecimiento del Sr. [REDACTED], pero que en todo caso obliga a indemnizar los daños y perjuicios causados a la actora, cuyo esposo y progenitor de sus hijos se vio privado del tratamiento médico que le pudo ser aplicado.

En cuanto a las concretas consecuencias de la pérdida de oportunidad, no habiendo probado la parte actora que en todo caso se habría evitado el fallecimiento del Sr. [REDACTED], considero que la consecuencia indemnizatoria no puede ser la reclamada por la actora, que se corresponde con la imputación del fallecimiento del Sr. [REDACTED] en su totalidad a la pérdida de la oportunidad, sino a la mitad de lo reclamado, por entender que la posibilidad de curación fue, al menos, del 50%. A este respecto debe tenerse en cuenta que la disposición adicional tercera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre 2015 (en vigor desde el 1 de enero de 2016), indica que el sistema de valoración regulado en esta Ley servirá como referencia para una futura regulación del baremo indemnizatorio de los daños y perjuicios sobrevenidos con ocasión de la actividad sanitaria, y así ha sido realizado ya en la demanda y aceptado por la demandada.

En definitiva, procede estimar parcialmente la demanda y condenar a la aseguradora demandada a indemnizar a la parte actora en la cantidad de CIENTO OCHENTA MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE EUROS CON CINCUENTA CÉNTIMOS DE EURO (180.739'50 euros), 50% de la cantidad inicialmente reclamada de 361.479'00 euros, correspondiendo a [REDACTED] la cantidad de CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE (55.817'00) EUROS, 50% de la cantidad inicialmente reclamada de 111.634'00 euros; a [REDACTED] la cantidad de SESENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA Y UN EUROS CON CINCUENTA CÉNTIMOS DE EURO (61.161'50 euros), 50% de la cantidad inicialmente reclamada de 122.323'00 euros y a [REDACTED] la cantidad de SESENTA Y TRES MIL





SETECIENTOS SESENTA Y UN (63.761'00) EUROS, 50% de la cantidad inicialmente reclamada de 127.522'00 euros.

No procede condenar al interviniente SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, pues la parte actora se opuso a su intervención en escrito de 1 de febrero de 2016 y no ha ampliado la demanda contra él.

QUINTO.- De los intereses de demora. Procede la condena a la demandada ZURICH, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., al pago de los intereses del artículo 20 de la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del contrato de seguro (en adelante, LCS), por cuanto en el presente proceso no es hecho controvertido la falta de consignación de la cantidad referida en el artículo 20 de la LCS. Será considerado día inicial del cómputo, a tenor del documento 5 de la demanda, el 17 de abril de 2015, fecha de recepción por la demandada de la reclamación formulada por los actores, de conformidad con el artículo 20.6 de la LCS.

SEXTO.- De las costas procesales. Atendida la estimación parcial de la demanda, cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad, de acuerdo con el artículo 394.2 de la LEC.

Respecto de la intervención del SERVEI CATALÀ DE LA SALUT no procede efectuar imposición de costas.

Vistos los preceptos legales citados y demás de pertinente y general aplicación,

FALLO

Que **ESTIMO PARCIALMENTE** la demanda interpuesta por [REDACTED] contra ZURICH, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., y condeno a ZURICH, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a abonar a [REDACTED] la cantidad de CIENTO OCHENTA MIL SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE EUROS CON CINCUENTA CÉNTIMOS DE EURO (180.739'50 euros), correspondiendo a [REDACTED] la cantidad de CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE (55.817'00) EUROS; a [REDACTED] la cantidad de SESENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA Y UN EUROS CON CINCUENTA CÉNTIMOS DE EURO (61.161'50 euros) y a [REDACTED] la cantidad de





SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y UN (63.761'00) EUROS, así como al pago de los intereses del artículo 20 de la Ley de contrato de seguro respecto de estas cantidades desde la fecha de comunicación del siniestro, el 17 de abril de 2015. Cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad.

Notifíquese esta resolución a las partes, haciéndoles saber que contra la misma pueden interponer recurso de apelación ante este Juzgado en el plazo de veinte días, de conformidad con lo dispuesto en la LEC. Expídase testimonio para incorporarlo a las actuaciones, llevándose el original al libro de sentencias.

Así por esta mi sentencia, la pronuncio, mando y firmo.

Codi Segur de Verificació: 0XCVL2ZRIQOSWFGY3HIOC89MYM9NRW

Doc. electrònic garantit amb signatura-e. Adreça web per verificar: <https://ejcat.justicia.gencat.cat/AP/consultaCSV.html>

Data i hora 30/07/2018 13:10

