

JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº 96 DE MADRID

C/ Gran Vía, 52 , Planta 3 - 28013

Tfno: 914936408,6409

Fax: 915351357

42020310

NIG: 28.079.00.2-2017/0059389

Procedimiento: Procedimiento Ordinario 330/2017

Materia: Culpa extracontractual (excluido tráfico)

Demandante: D./Dña.

PROCURADOR D./Dña.

Demandado: ZURICH COMPAÑIA DE SEGUROS

PROCURADOR D./Dña.

SENTENCIA Nº

JUEZ/MAGISTRADO- JUEZ: D./Dña. BEGOÑA ÁLVAREZ GARCÍA

Lugar: Madrid

Fecha: 19 de marzo de dos mil dieciocho

Vistos por Dña. Begoña Álvarez García, Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia nº 96 de Madrid, los presentes autos de Juicio Ordinario seguidos ante este Juzgado bajo el nº 330/17 a instancia de DOÑA frente a ZURICH CIA DE SEGUROS, vengo a resolver conforme a los siguientes

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Que en este Tribunal, procedente de la Oficina de Registro y Reparto, se recibió demanda de juicio ordinario con nº 330/17, presentada a instancia de DOÑA, representada por el Procurador doña, frente a ZURICH CIA DE SEGUROS.

SEGUNDO.- Que dicha demanda se admitió a trámite y se dio traslado a la parte demandada para contestación. Recibida las misma, se procedió a citar a las partes a la audiencia previa que tuvo lugar el 4/12/2017 en la que se fijaron los hechos objeto del debate, se propuso prueba y se citó para juicio.

TERCERO.- Que al acto del juicio que tuvo lugar el 30/01/18 comparecieron todas las partes, practicándose toda la prueba propuesta y admitida y quedando el pleito visto para sentencia.

CUARTO.- Que en el presente procedimiento se han observado todos los trámites procesales exigidos por la ley.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- ejercita la acción directa del artículo 76 de la LCS contra ZURICH Cía de seguros en reclamación de hasta 1.700.000 por tener la cobertura de los daños generados por la deficiente asistencia sanitaria prestada por el Servicio Andaluz de Salud, a través del Complejo Hospitalario Torrecárdena de Almería, después de habersele realizado una cirugía bariátrica, de obesidad mórbida, al no haber realizado un control postoperatorio nutricional lo que le provocó un síndrome carencial con importantes secuelas que le han supuesto la quiebra de su vida, ceguera de ambos ojos, neuritis óptica bilateral, y pérdida de movilidad de los miembros, polineuropatía sensitivo-motora, que no se le recabó el consentimiento informado como exige la ley y la medicina estándar antes de ser intervenida y que en cualquier caso se ha de apreciar un resultado desproporcionado generador de responsabilidad; a lo que se opone la demandada alegando la absoluta dejadez de la actora al haber tardado diez años en ejercitar su acción de indemnización por mala praxis médica cuando los daños se encontraban presentes desde el primer momento, que la cantidad máxima que reclama la actora no se corresponden con el daño real padecido por la paciente el cual no cuantifica, que consta documento de consentimiento informado de la paciente por lo que no puede sostenerse que no fue informada de los riesgos de la operación quirúrgica, que la cirugía fue realizada correctamente y la evolución desfavorable se produjo tras la intervención por causas ajenas al actuar médico no obstante el déficit asistencial que alega será examinado por peritos que aportarán el correspondiente informe, que la acción para reclamar está prescrita aun tomando la fecha más favorable para la actora, el 17 de febrero de 2012 que fue cuando se dictó una resolución sobre el grado de minusvalía del 86% y la primera vez que la actora reclama lo hizo por medio de burofax de 2 de noviembre de 2016, que no procede la cantidad indemnizatoria solicitada toda vez que la paciente no presenta ceguera y que no procede la aplicación de los intereses del artículo 20 de la LCS.

.....
En el acto de la audiencia previa la demandada indicó que no discutía la mala praxis médica en el supuesto de autos. En consecuencia, los hechos controvertidos quedaron concretados en la prescripción de la acción ejercitada, los daños sufridos por la actora y su valoración.

SEGUNDO.- Son hechos para resolver la presente litis los siguientes: 1. Que la actora el día 26-9-2007 fue sometida a una cirugía bariátrica dándosele el alta el día 7-10-2007; 2. Las partes no discuten que la misma no fue sometida con posterioridad a la intervención a un control nutricional; 3. El 9-2-2008 comienza con una sensación de adormecimiento de ambos miembros inferiores de manera preferente y progresiva, y se le diagnostica poli neuropatía sensitivo motora de probable origen carencial de distribución bilateral y simétrica, severa en miembros inferiores y de leve a muy leve en los miembros superiores, síndrome de malabsorción intestinal, anemia carencial, ; 4. el 8-5-2008 , se le realiza una revisión en la que se indica que no puede caminar y ha de desplazarse en silla de ruedas, se mantiene el diagnóstico de polineuropatía carencial con neuropatía óptica y lesiones cutáneas; 5. En junio de 2009 reconstrucción del intestino, mejora función visual y de movilidad ; juicio clínico PNP carencial severa con afectación motora y sensitiva en fase de recuperación; 6. En la hoja médica del 16-6-2010 se indica: en seguimiento tras reconversión de cirugía bariátrica por síndrome de malabsorción; 7. El 8-11-2012, en la hoja médica se

indica dolores poliarticulares y de MMII por lo que ha realizado tratamiento analgésico sin apenas mejoría por lo que la remito a unidad del dolor; 8. El 2-5-2013, ha sido visitada por unidad del dolor, pautan tratamiento sin mejoría, continuar tratamiento habitual, control consulta neuromuscular en un año; 9. El 15-5-2014, en seguimiento por la unidad del dolor; 10. El 17-6-2014, anemia; 11. El 9. 2-5-2013, ha sido valorada por unidad del dolor que pauta tratamiento sin mejoría; 12. El 15-5-2014, en seguimiento por unidad del dolor; 13. El 11-5-2015, cirugía general por obesidad, cirugía reparadora de miembros inferiores; 14. El 15-5-2015, quiste maxilar; 15. El 23-8-2016 trastorno metabólico proteína plasmática y dolor tobillo izquierdo; 16. En septiembre de 2016, dolor de tobillo izquierdo; 17. El 2 de noviembre de 2016 pide su historia clínica completa a su centro médico y envía burofax a la demandada reclamándole por infracción de la lex artis; 18. El 15-4-2009 se le realiza una valoración de discapacidad por parte de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social en el que le estiman un grado de discapacidad global del 70%. El baremo de movilidad reducida asigna la necesidad de silla de ruedas. El baremo de tercera persona es de 12 puntos; 19. El 1-3-2012 se realiza una segunda valoración de discapacidad por parte de la Consejería en el que se recoge que en el momento del reconocimiento la actora presenta pérdida de agudeza visual binocular severa, , trastorno del nervio óptico, , discapacidad del sistema neuromuscular, polineuropatía carencial iatrogénica, se estima un grado de discapacidad global del 86%., el baremo de movilidad reducida asigna la necesidad de deambulación con dos bastones y se establece la fecha de revisión el 21-2-2016 ; 20. El 10-12-2015 se le realiza una tercera valoración de discapacidad por parte de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar en el que se recoge que en el momento del reconocimiento la actora presenta pérdida de agudeza visual binocular severa, trastorno del nervio óptico, discapacidad del sistema neuromuscular, polineuropatía carencial iatrogénica estima un grado de discapacidad del 76% y el baremo de movilidad reducida no le asigna la necesidad de ayudas externas; 21. En respuesta a un oficio solicitado por la actora, la Consejería para la Igualdad informa que las revisiones realizadas a la actora estaban encaminadas a comprobar por los servicios médicos la evolución de las enfermedades invalidantes, que la revisión de 2015 es definitiva pues entienden que los efectos invalidantes se han estabilizado; 22. Que desde el año 2009 la actora presenta una disminución del campo visual en un 20%, escotoma superior no central en los dos ojos así como una agudeza visual entre un 10% y 15% en cada ojo.

TERCERO.- Discuten las partes si la acción directa del artículo 76 de la LCS ejercitada por la actora el 4-4-2017 estaba prescrita o no; la demandada entiende que si lo estaba toda vez que hay que partir de la fecha de la segunda valoración de la Consejería de 1-3-2012, como dato objetivo, aunque probablemente estarían antes, pues en ese momento cuando se entienden estabilizadas las lesiones que sufrió la actora al encontrarse las mismas en el punto más álgido pues a partir de esa fecha es también un dato objetivo que la paciente experimentó una progresiva mejoría de su situación funcional y calidad de vida que tiene como consecuencia una disminución de la estimación de discapacidad en la siguiente revisión de 2015 y frente a ello sostiene la actora, en base a su perito médico designado judicialmente, que la fecha de estabilización de las lesiones tuvo lugar el 21-2-2016 si bien en el acto del juicio rectifica y señala el perito judicial que tuvo lugar el día 10-12-2015 cuando se le reconoce el grado definitivo de discapacidad del 76% y se corresponde con la tercera valoración.

Al respecto hay que traer a colación la doctrina del TS que señala en su sentencia de 12 de septiembre de 2008 “en relación con el inicio del plazo de prescripción para la reclamación por responsabilidad civil en materia de accidentes de trabajo, esta Sala ha reiterado que cuando se ha seguido expediente para dirimir definitivamente cuáles han sido las consecuencias de repercusión de las lesiones en la capacidad laboral del trabajador sólo entonces se dispone de un dato -incapacidad- que afecta esencialmente a la determinación del daño padecido(SSTS 22 de noviembre de 1999 , 21 de diciembre de 1999 , 22 de enero de 2003 , 13 de febrero de 2003 , 1 de febrero de 2006 , 20 de septiembre de 2006 y 7 de febrero de 2007, RC n.º 1435/2000) ” y en la de 5 de julio de 2011 que “[...] la jurisprudencia de esta Sala considera que, en casos como el aquí enjuiciado de lesiones con secuelas invalidantes, el plazo de prescripción no comienza a correr hasta que sea firme la resolución administrativa declarativa o denegatoria del efecto invalidante (SSTS 11-2-11 , 24-5-10 y 7-10-09 entre las más recientes)”, constando en las actuaciones como es por sentencia de 12 de septiembre de 2008 dictada por el Juzgado de lo Social número Nueve de Málaga que se declara la "incapacidad permanente total" del trabajador, ahora demandante-apelado, lo que fue objeto de revocación en recurso de suplicación interpuesto en sentencia dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, con sede en Málaga, de fecha 1 de octubre de 2009 , acordando deber estarse a la resolución administrativa dictada con anterioridad, en clara alusión a la de 21 de diciembre de 2008 de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social que declaró al actor en situación de incapacidad permanente parcial, fechas de las que se extrae la conclusión, en la computación del plazo anual prescriptivo de la acción de responsabilidad extracontractual, el no haber vencido a la fecha de interposición de la demanda rectora del procedimiento que nos ocupa; a su vez en sentencias de 24 de mayo de 2010 y 7 de octubre de 2009 indica que "el plazo de prescripción no comienza a correr hasta que sea firme la resolución administrativa declaratoria o denegatoria del efecto invalidante; El tribunal Supremo, Sala Primera, de lo Civil, Sentencia 10/2013 de 21 Ene. 2013, Rec. 1614/2009 “Ahora bien, compatible con dicha doctrina es también la que ha venido y viene considerando en la actualidad (SSTS de 11 de febrero de 2011, RC n.º 1418/2007 (LA LEY 2159/2011) ; 20 de septiembre de 2011, RC n.º 792/2008 (LA LEY 180256/2011) ; 22 de febrero de 2012 , RCIP n.º 522/2009 (LA LEY 12844/2012) ; 25 de mayo de 2010, RC n.º 2036/2005 (LA LEY 86137/2010) ; 26 de mayo de 2010, RC n.º 764/2006 (LA LEY 76110/2010) , entre las más recientes) que si de las lesiones causadas por el hecho generador de la responsabilidad civil extracontractual que se reclama se derivan secuelas determinantes de incapacidad permanente, cuya fijación no se concreta en el momento del alta definitiva sino que se precisa una resolución posterior, el plazo anual de prescripción de dicha acción aquiliana no ha de comenzar a computarse hasta que no recaea resolución firme (ya sea en vía administrativa, si no se impugna, o en vía judicial, si fue necesario agotar esta para dilucidar definitivamente la contienda al respecto) concretando tal situación de invalidez, en el grado que corresponda, por ser entonces, y no en la fecha del alta, cuando el perjudicado tiene perfecto conocimiento del daño sufrido. En aplicación de este último criterio jurisprudencial, esta Sala ha declarado que si se ha seguido expediente para dirimir definitivamente cuáles han sido las consecuencias de repercusión de las lesiones en la capacidad laboral del trabajador o si el demandante no se hubiera conformado en su día con la resolución administrativa correspondiente sobre el grado de su incapacidad, el día inicial del plazo de prescripción es aquel en que se resuelva

definitivamente la reclamación del perjudicado contra la decisión administrativa sobre el grado de su incapacidad, pues sólo entonces podrá detallar en su demanda civil el definitivo daño sufrido (SSTS de 22 de noviembre de 1999 , 21 de diciembre de 1999 , 22 de enero de 2003 , 13 de febrero de 2003 , 1 de febrero de 2006 , 20 de septiembre de 2006 ; 7 de febrero de 2007, RC n.º 1435/2000 (LA LEY 2429/2007) ; 7 de octubre de 2009, RC n.º 1207/2005 (LA LEY 191960/2009) ; 24 de mayo de 2010, RC n.º 644/2006 (LA LEY 86114/2010) y 25 de mayo de 2010, RC n.º 2036/2005 (LA LEY 86137/2010)). Esta doctrina es coherente con la que impone interpretar restrictivamente la prescripción, al no estar basada en principios de estricta justicia, sino de seguridad jurídica y de presunción de abandono del ejercicio del derecho (SSTS de 14 de marzo de 2007, RC n.º 262/2000 (LA LEY 11179/2007) ; 6 de mayo de 2009, RC n.º 292/2005 (LA LEY 49539/2009) ; y 24 de mayo de 2010, RC n.º 644/2006 (LA LEY 86114/2010)), y obedece, en atención al principio de indemnidad, a la necesidad de preservar el derecho del perjudicado a ser íntegramente resarcido en situaciones en que no ha podido hasta entonces conocer en su totalidad el alcance de su daño, por causas en modo alguno imputables a su persona o comportamiento (SSTS 2 de enero de 1991 , 6 de octubre de 1992 , 30 de noviembre de 1999 , 3 de marzo de 1998 , 12 de junio de 2009, RC n.º 2287/2004 (LA LEY 99161/2009) y 25 de mayo de 2010, RC n.º 2036/2005 (LA LEY 86137/2010)) y la sentencia de 21 de enero de 2014 reitera que "es jurisprudencia constante de esta Sala que en los casos de lesiones con secuelas el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad civil por culpa extracontractual no comienza a correr hasta la estabilización de las secuelas, e incluso puede retrasarse más aún cuando, seguido expediente para determinar la repercusión de las lesiones en la capacidad laboral del perjudicado, este no se conforma con la resolución administrativa correspondiente (SSTS 11-2-2011 en recurso num. 1418/07 (LA LEY 2159/2011) , 5-7-2011 en recurso num. 2174/07 (LA LEY 119758/2011) y 19-11-2011 en recurso num. 1331/07 , con cita en todas ellas de muchas otras anteriores).....”

Aplicando la mencionada doctrina al supuesto de autos se puede concluir que la acción no estaba prescrita en el momento de su interposición pues no es hasta la valoración de la discapacidad de la Consejería de diciembre de 2015 cuando la actora pudo tener un cabal conocimiento del alcance final del daño, de sus últimas consecuencias, cuando pudo medir la transcendencia global que para ella tenían las secuelas que sufría; a efectos de que pueda iniciarse el cómputo del plazo anual de la prescripción en el caso de autos en el que las secuelas producen discapacidad, no basta con el alta médica, la estabilización de las lesiones o conocer las secuelas sino que la lesionada tiene que conocer definitivamente el daño ocasionado, el alcance real y final del daño y ese conocimiento global no le llega hasta que no conoce la resolución de la consejería que valora de forma definitiva su discapacidad; es, en ese momento, cuando siguiendo términos utilizados en materia bancaria, cuando el paciente conoce la carga física, personal, moral, económica, que la negligencia médica le ha ocasionado; en consecuencia, procede desestimar la excepción que estamos examinando. CUARTO.- A continuación hay que examinar los daños sufridos por la actora como consecuencia de la negligencia médica, cuando se estabilizaron, secuelas y valoración de los mismos.

De la documentación médica unida a la demanda y recogida en el Fundamento de Derecho SEGUNDO, se desprende que la lesionada fue diagnosticada de polineuropatía severa carencial con afectación motora de predominio en MMII y afectación sensitiva severa

con disestesias dolorosas y de neuropatía óptica. En cuanto a esta última, el perito judicial mostro su conformidad con las conclusiones que sostenía la perito DoñaOftalmóloga, quien sostuvo que a partir del año 2009 no hay variación en el campo visual y el índice de la función visual se mantiene alrededor de un 80%, y respecto a la agudeza visual, la primera medición con graduación fue en octubre de 2010 que arrojó un 15 % de visión en cada ojo y a partir de ahí se mantuvo estable y se mantuvo entre un 0.1 y 0.15 y también presentaba un escotoma que le afectaba a la mitad superior de la visión.

En cuanto a la otra lesión, polineuropatía, hay que indicar que los peritos discrepan, así el perito judicial sostiene que la lesión no se estabilizó hasta diciembre de 2015 y el perito de la demandada D. sostiene que la fecha de estabilización sería la de la valoración por parte de la Consejería de 2012 pues es el momento en el que la lesión se encuentra en su momento álgido viniendo a continuación un periodo de mejoría; y a este respecto hay que indicar que del examen de los datos que contienen hojas médicas que figuran unidas con la demanda y recogidos en el Fundamento de Derecho SEGUNDO y que se refieren a dicha patología que afectaba a la movilidad, falta de fuerza, equilibrio, dolores, disestesias en pies ... de las partes inferiores y en mucha menor medida en las partes superiores, manos y por tanto excluyendo del examen el resto de datos que afectaban al problema nutricional que se recondujo mediante la administración de las vitaminas y nutrientes correspondientes así como con la reconstrucción del intestino en el año 2009 y que ha sido el problema de inicio de la paciente y del que sigue siendo tratada y que no puede atribuirse a la negligencia de autos, se puede fijar como fecha de estabilización de las lesiones de Doña el 8-11-2012(ficha médica del 8-11-2012, folio 130 de las actuaciones) en la cual se indica polineuropatía carencial, dolores poliarticulares de miembros inferiores, analgésicos sin mejoría, remite a unidad del dolor, pues dicha hoja médica se levanta después de haber estado haciendo rehabilitación durante tres años la actora (ficha médica de fecha, 3-3-2009, 16-6-2009- folio 112 vuelto-) y cuando ya en la hoja médica de 7-12-2011 se indica mejoría con la rehabilitación; entendiéndose esa fecha con la de finalización de su etapa médica curativa, recogándose en las hojas médicas del año 2014, la presencia de dolores y con posterioridad, problemas relacionados con la obesidad o ajenos a las lesiones de autos y así en mayo de 2015 es operada de un quiste maxilar, en noviembre de 2015 se indica cirugía general obesidad, cirugía reparadora de miembros inferiores y en 2016 con dolor de tobillo izquierdo si bien en la ficha médica se indica (folio 240 vuelto) por coalición tarsal calcáneo astragalina. El periodo desde que se diagnostica las lesiones a la actora, 9-2-2008 hasta la fecha final de su estabilización, 8-11-2012, ha de entenderse de días improductivos para sus ocupaciones habituales pues en un primer momento necesito de silla de ruedas después de bastones para poder deambular junto con la limitación que sufría en su visión, luego el importe total asciende a 101.049,3 euros que resulta de multiplicar 1.730 días por 58.41 euros/día.

En cuanto a las secuelas se establecen: defectos visuales, el perito judicial los valora en el máximo, 85 puntos al calificarlos como de ceguera al presentar la actora un escotoma central en ambos ojos así como pérdida severa de agudeza visual y la perito oftalmóloga la valora en 50 puntos; de la prueba practicada resulta a la vista de las conclusiones a las que llega la perito oftalmóloga y con las que el perito judicial muestra su conformidad, que la actora presenta una disminución del campo visual en un 20%, escotoma superior no central en los dos ojos así como una agudeza visual entre un 10% y

15% en cada ojo; se explica por la perito oftalmóloga que dicha limitación le permitiría la deambulación con dificultad, leer los titulares de los periódicos por la parte de abajo del ojo, que necesita de un dispositivo para ver mejor de cerca y que con el que utiliza llega a alcanzar un 0.8 de visión que significa el 80% de visión cercana, que no podría conducir ni trabajar, que puede ser válida para sí misma para manejarse en su entorno cotidiano, que tener menos de un 30% es una pérdida de agudeza visual severa; y en base a ello esta juzgadora siguiendo el baremo vigente en el año 2015 valora la secuela en 70 puntos lo que hace un total de 181.066 euros a razón de 2.586,67 euros punto, dada la edad de 30 años de Doña

El perito judicial incluye en su informe como secuela la afectación motora y sensitiva de los nervios tanto de los MMII Y mmII con grave repercusión sobre la marcha y movilidad equiparándola a una tetraparesia de carácter moderado con una puntuación de 70; por su parte el perito de la demandada entiende que se puede calificar como paraparesia de miembros inferiores leve, que va de 30-40 puntos y le asigna 30 puntos y por analogía, capítulo 7: sistema nervioso periférico, miembros superiores e inferiores. Parestesias de partes acras, de 1 a 5 puntos en miembros superiores y de 1-3 puntos en miembros inferiores, asigna 4 puntos por la suma de miembros inferiores y superiores; y a este respecto esta juzgadora estima que la secuela afecta sólo a las extremidades inferiores pues aunque en un principio pudieron resultar afectados también de forma más leve, los miembros superiores, las manos, al final de la documentación clínica no se alude a una afectación de los miembros superiores, por lo que el término a aplicar sería el de paraparesia, puede mover parcialmente de la cintura para abajo y en cuanto al alcance de la secuela tiene que ser calificada de leve en su grado máximo, 40 puntos pues no consta el resultado de prueba alguna que mida su fuerza muscular, en las hojas médicas posteriores a la fecha de estabilización, 8-11-2012, no se indica que precise auxiliarse de algún aparato para poder deambular con posterioridad a dicha fecha sino que en mismas refiere que utiliza zapato ortopédico para deambular y en la última valoración realizada por la Consejería en 2015 en el baremo de movilidad reducida no se le asigna ningún punto a diferencia de la valoración del año 2009 y de marzo de 2012 que indicaba que precisaba silla de ruedas el primero, y que dependía de dos bastones para deambular el segundo., por lo que el importe asciende a 72.545,6 euros, 40 puntos a razón de 1.813,64 euros el punto.

En el informe del perito de la actora se incluye como factor de corrección la situación de gran invalidez basada en que la ceguera asociada a déficit severo de movilidad, no siente los pies, la falta de sensibilidad en las manos y a su obesidad, pesa 140 kg, ocasiona a una situación que no le permite realizar ningún trabajo y que además necesita de una tercera persona para realizar alguna de las actividades básicas de su vida diaria como vestido, baño/higiene, uso de WC, gran deterioro de la movilidad física precisando ayuda y a este respecto hay que indicar como ya se ha expuesto con anterioridad, que la obesidad que padece la actora no tiene su causa en la negligencia de autos, que desde la fecha de estabilización lesional y fijación de las secuelas, su sintomatología no ha evolucionado en relación con los defectos de visión pero sí en relación con su polineuropatía, que no ha resultado acreditado por las hojas médicas acompañadas con la demanda que la actora padezca falta de sensibilidad en sus manos, que la situación que presenta ésta es de paraparesia moderada, que en los informes médicos se indica que deambula con calzado ortopédico, que no se le asigna por la consejería ninguna ayuda por tercera persona ni por

uso de bastones ni de silla de ruedas, que presenta no ceguera ni total ni parcial como indicó la perito especialista en oftalmología pues para ello la agudeza visual tendría que ser inferior a un 10% y la actora está entre un 0.1 % y un 0.15% por ello hay que hablar de una pérdida de agudeza visual severa, que con la ayuda para baja visión que utiliza, gafas telemicroscópicas, su agudeza visual llega a un 80%, también indicó la perito Doña, que reconoce que no puede trabajar, que no puede conducir, que puede leer los titulares de los periódicos mirando por la parte de debajo de los ojos, por todo ello, se entiende que la actora presenta una situación de incapacidad absoluta y no de gran invalidez por lo que procede fijar por ello la suma de 191.725,34 euros, la máxima, dada la edad de la lesionada y que no había accedido al mercado laboral. Todo ello asciende a 546.386,24 euros.

QUINTO.- Procede la condena de la demandada al abono de los intereses desde que tuvo conocimiento la demandada del hecho lesivo y que se corresponde con la comunicación del siniestro por parte de la actora por medio de burofax el día 3-11-2016 (doc. 16 de la demanda) pues con anterioridad no existe retraso culpable o imputable al asegurador en cumplimentar la obligación de satisfacer la indemnización en los plazos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20-8 de la LCS.

SEXTO.- No procede hacer declaración en materia de costas pues no procede la aplicación de la doctrina de la estimación sustancial de la demanda toda vez que lo pedido, hasta 1.700.000 euros dista mucho de lo concedido.

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación

FALLO

Estimo en parte la demanda formulada por el Procurador doña, en nombre y representación de DOÑA, contra ZURICH CIA DE SEGUROS, condeno a la demandada a que abone a la actora la suma de 546.386,24 euros, intereses del artículo 20 de la LCS desde el 3-11-2016, sin hacer declaración en materia de costas.

Así por esta mi sentencia, cuyo original se llevará al libro de sentencias de este juzgado, dejando en las actuaciones testimonio literal de las mismas, definitivamente juzgando en primera instancia, lo pronuncio, mando y firmo.

Contra esta sentencia, que no es firme, cabe interponer recurso de APELACIÓN en el plazo de veinte días ante este juzgado, debiendo consignar en la cuenta del juzgado, cuenta número 4974-0000-00-0330-17, la cantidad de 50 euros en concepto de depósito para

recurrir, indicándose la clase y número de procedimiento y la fecha de la resolución recurrida. No se admitirá a trámite este recurso si no se constituye este depósito, lo que deberá acreditarse ante este Juzgado mediante la presentación de copia del resguardo u orden de ingreso.

PUBLICACION. - Leída y publicada fue la anterior Sentencia por el/la Sr/a. Magistrado-Juez que la suscribe, estando celebrando audiencia pública en el mismo día de su fecha, doy fe.