

SENTENCIA N° 352/17

En Almería, a 3 de Octubre de dos mil diecisiete.

Vistos por mí, Dña. Ana Fariñas Gómez, Magistrada-Juez del Juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 3 de Almería y su partido, los presentes autos de Procedimiento Ordinario, seguidos en este Juzgado bajo el número 503/14, a instancia de D. [REDACTED] y DÑA. [REDACTED] representados por la Procuradora Dña. [REDACTED] y asistidos por el Letrado D. Ignacio Martínez García, contra el SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, representado y asistido por la Letrada Dña. [REDACTED] así como contra la aseguradora ZURICH INSURANCE PLC, SUCURSAL EN ESPAÑA, representada por la Procuradora Dña. [REDACTED], y asistida por el Letrado [REDACTED], en materia de RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por la Procuradora Dña. [REDACTED], actuando en nombre y representación de D. [REDACTED] y Dña. [REDACTED], se interpuso recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada frente al Servicio Andaluz de Salud. Admitido a trámite el recurso, se acordó requerir a la Administración demanda a fin de aportar el correspondiente expediente administrativo.

SEGUNDO.- Recibido el expediente administrativo, por los recurrentes se formuló demanda, dándose traslado de ésta a los codemandados, quienes se personaron en autos, contestando a las misma. Con relación a la prueba, por los recurrentes se solicitó la reproducción del expediente administrativo, la prueba documental, el interrogatorio de los recurrentes y la testifical-pericial; proponiéndose por ambos codemandados la reproducción del expediente administrativo, si bien por la aseguradora codemandada también se solicitó la prueba pericial. Practicadas las pruebas declaradas pertinentes, con el resultado que obra en el soporte audiovisual unido a las actuaciones, y tras formular las partes sus conclusiones por escrito, quedaron los autos pendientes de la presente resolución.


En la tramitación del presente procedimiento se han observado todos los preceptos y prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El objeto inicial del presente recurso contencioso-administrativo vino constituido por la desestimación presunta, por silencio administrativo, de la reclamación por responsabilidad patrimonial formulada por los recurrentes frente al Servicio Andaluz de Salud, en cuya virtud solicitaban ser indemnizados en la cantidad de 200.000 € por el fallecimiento de su hijo neonato, [REDACTED], como consecuencia de una cardiopatía congénita que le fue detectada de forma tardía por los servicios sanitarios públicos. Posteriormente, dicho recurso fue ampliado a la resolución expresa dictada por el Servicio Andaluz de Salud en fecha de 5 de Noviembre de 2014 mediante la que la administración demandada reconocía su responsabilidad, si bien fijaba una indemnización en la cantidad de 31.634,66 €.

SEGUNDO.- En el caso examinado, y como se ha expuesto, por la administración

Código Seguro de verificación: THXMctDGTHDxbyloAMU0ow==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws121.juntadeandalucia.es/verfirmav2/>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	ANA FARIÑAS GÓMEZ 03/10/2017 14:08:54	FECHA	03/10/2017
	VERONICA PIA GOMEZ SUAREZ 03/10/2017 14:47:32		
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	THXMctDGTHDxbyloAMU0ow==	PÁGINA 1/6
 THXMctDGTHDxbyloAMU0ow==			


demandada se ha reconocido su responsabilidad en el fallecimiento del hijo neonato de los recurrentes, coincidiendo todas las partes en que nos encontramos ante un supuesto de pérdida de oportunidad, centrándose el debate en la indemnización a satisfacer atendido el porcentaje de supervivencia que habría tenido el menor en el caso de haberse detectado a tiempo la cardiopatía congénita que presentaba.

Conviene recordar, para empezar, los principios fundamentales de la teoría de la oportunidad. Como se dijo, por ejemplo, en la Sentencia de Tribunal Superior de Justicia de Valladolid de 27 de Julio de 2012, Sección Tercera, Recurso 2810/2008 entre otras: *“Las SSTS de 16 de enero de 2012 y 16 de febrero de 2011 recuerdan, con cita de la STS de 23 de setiembre de 2010 que la “privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia de “pérdida de oportunidad” -sentencias de siete de setiembre de dos mil cinco, veintiséis de junio de dos mil ocho y veinticinco de junio de dos mil diez- se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmarlo con certeza para que proceda la indemnización por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, 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 posee a disposición de las administraciones sanitarias”, insistiendo, con cita de la STS de 7 de julio de 2008, en que “acreditado que un tratamiento no se ha manejado de forma idónea o, que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría llegado al desenlace que motiva su reclamación. Con tal forma de razonar se desconocen las especialidades de la responsabilidad pública médica y se traslada al afectado la carga de un hecho de demostración imposible (...) Probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que, en realidad, actuó como le era exigible. Así lo demanda el principio de la «facilidad de la prueba», aplicado por esta Sala en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas”.*

La STS. de 11 de Junio de 2012 recuerda que la “pérdida de oportunidad”, como señala la STS. de 19 de Octubre de 2011, *«se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo».*

Así pues, en la fijación de la indemnización a conceder, la doctrina de la pérdida de oportunidad parte de que sea posible afirmar que la actuación médica privó de determinadas expectativas de curación o de supervivencia que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente. La Sentencia de Tribunal Superior de Justicia de Valladolid de 20 de Julio de 2012, Sección Tercera, Recurso 1983/2008 establece que *“En lo que respecta a la llamada doctrina de la pérdida de oportunidad, la misma ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo en las Sentencias de 13 de julio y 7 de setiembre de 2005, así como en las de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en*

Código Seguro de verificación: THXMctDGTHDxby1oAMU0ow==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	ANA FARIÑAS GOMEZ 03/10/2017 14:08:54	FECHA	03/10/2017
	VERONICA PIA GOMEZ SUAREZ 03/10/2017 14:47:32		
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	PÁGINA	2/6
 THXMctDGTHDxby1oAMU0ow==			




el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable". Sobre esta cuestión, la STS de 12 de Julio de 2007, tras declarar que "hubo un error de diagnóstico al no valorarse adecuadamente que el paciente sufría un infarto, error que se produjo por una evidente mala praxis médica, al no tener en cuenta padecimientos de aquel, que hubieran debido ser necesariamente considerados por su gravedad, en función de los síntomas con los que aquel acude a la consulta médica", añade que "Al no diagnosticarse en forma, por esa mala praxis médica, la crisis que sufría el marido de la recurrente, remitiéndole a su domicilio sin un tratamiento adecuado, con independencia de cuáles hubiesen sido los resultados finales de ese tratamiento, se le generó la pérdida de la oportunidad de recibir una terapia acorde a su verdadera dolencia y por tanto se ocasionó un daño indemnizable, que no es el fallecimiento que finalmente se produjo y respecto al cual es imposible médicamente saber como dice el informe de la médico forense, si hubiese podido evitarse, sino esa pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado", entendiéndose la STS de 12 de Marzo de 2007 que, en estos casos, es a la Administración a la que incumbe probar que, en su caso y con independencia del tratamiento seguido, se hubiese producido el daño finalmente ocasionado por ser de todo punto inevitable.

TERCERO.- Así las cosas, y en orden a fijar la cuantía de la indemnización, consideran los recurrentes que la enfermedad que presentaba el menor pudo ser diagnosticada desde el momento del embarazo, mediante ecografías de nivel IV, con lo que las posibilidades de supervivencia habrían sido de un 100%. Por su parte, tanto la administración como la aseguradora codemandadas consideran que el retraso del diagnóstico sólo fue de cuatro días, esto es, se produjo el día 8 de Mayo de 2014, cuando el bebé fue atendido en urgencias, primero en el centro de Salud de Macael, y posteriormente en el Hospital de Baza, al presentar disnea, dificultad respiratoria ésta que en el caso de los lactantes puede traer causa de una cardiopatía congénita, enfermedad ésta que finalmente le fue diagnosticada al neonato el día 12 de Mayo, falleciendo como consecuencia de la misma el día 31. Entiende la administración que en el caso de haberse diagnosticado dicha enfermedad a tiempo, las posibilidades de supervivencia habrían sido de un 40%.

Para solventar esta cuestión ha de procederse al análisis de los diferentes dictámenes periciales obrantes en las actuaciones, que han sido ratificados a presencia judicial, debiendo tenerse en cuenta, con relación a su valoración, por un lado el art. 348 LEC, que previene que "el tribunal valorará los dictámenes periciales según las reglas de la sana crítica", así como la doctrina del Tribunal Constitucional a estos efectos; por todas, la Sentencia 36/2006 en la que se expresa "la tarea de decidir ante distintos informes periciales cuál o cuáles de ellos, y con qué concreto alcance, deben ser utilizados para la resolución de un determinado supuesto litigioso es una cuestión de mera interpretación y valoración, conforme a las reglas de la lógica y de la sana crítica, de la prueba que, en virtud del artículo 117.3 de la CE, constituye una función exclusiva de los órganos judiciales ordinarios" (por todas Ss.TC 229/1999 y 61/2005). Dicha doctrina viene siendo acogida por el Tribunal Supremo, entre otras, en la Sentencia de 14 de Julio de 2003, o las de 19 de Abril de 2004, 29 de Octubre de 2010, 14 de Mayo 2010 y 7 de Diciembre de 2011.

Así, en el dictamen aportado por los recurrentes, y que ha sido ratificado en la vista por Dña. [REDACTED] y D. [REDACTED] se señala que en supuestos de cardiopatías como la que presentaba el hijo de los recurrentes, el promedio de mortalidad es de un 50% aproximadamente según el RACHS, y de alrededor de un 60% según la escala de Aristóteles. Y si bien es cierto que, según estos peritos, un adecuado control ecográfico durante la gestación -concretamente, en la ecografía de las 20 semanas- hubiera permitido tratar de forma precoz la cardiopatía que presentaba el feto, lo cierto es que en

Código Seguro de verificación:THXMctDGTHDxby1oAMU0ow==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws121.juntadeandalucia.es/verfirmav2/>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	ANA FARIÑAS GOMEZ 03/10/2017 14:08:54	FECHA	03/10/2017
	VERÓNICA PIA GOMEZ SUAREZ 03/10/2017 14:47:32		
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	PÁGINA	3/6
 THXMctDGTHDxby1oAMU0ow==			



dicha ecografía, que obra en el folio 45 del EA, se hace constar que la exploración cardíaca es normal, llegando este informe pericial a concluir que el deterioro del neonato se produjo a partir del día 8 de Mayo, fecha ésta en la que fue atendido en urgencias en el centro de Salud de Macael así como en el Hospital de Baza, extremo éste también reconocido por las codemandadas. Por otro lado, en el dictamen del Servicio de Aseguramiento y Riesgos (folio 53 bis del EA) se hace constar que en este caso se realizó a la recurrente una ecografía morfológica normalizada, que obra en el folio 45 del EA, como se ha expuesto, en la que no se observó ninguna malformación fetal. Y en cuanto al porcentaje de pérdida de oportunidad, en dicho dictamen, si bien se hace referencia a las escalas del RACHS y Aristóteles, no fija el mismo, si bien reconoce que se produjo un retraso en el diagnóstico que mermó las posibilidades de supervivencia del neonato.

Por tanto, valorados todos estos dictámenes en su conjunto, y atendido el hecho de que tanto el perito D. [REDACTED] como D. [REDACTED] han manifestado que en las cardiopatías como las que presentaba el hijo de los recurrentes, la cirugía es paliativa, siendo los índices de mortalidad de entre un 50-60%, debe fijarse un porcentaje del 50% de pérdida de oportunidad.


CUARTO.- Sentado lo anterior, y respecto a los criterios de valoración de la indemnización a percibir por los recurrentes, la administración demandada ha utilizado el baremo indemnizatorio de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro (Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor), a lo que se oponen los recurrentes.

A este respecto debe recordarse que según reiterada Jurisprudencia (STS Sala 3ª, sec. 6ª, de 8 de marzo de 2016, rec. 841/2014, entre otras) las reclamaciones que se suscitan frente a la administración pública no están sujetas al baremo indemnizatorio de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro, cuyas tablas y factores de corrección pueden ser utilizados con carácter orientativo, como parámetros objetivos para valorar económicamente los quebrantos sufridos, y obtener la indemnidad del perjudicado. Así se expresa la Sentencia de 3 de mayo de 2012, dictada en el recurso de casación 2441/2010, que señala que: "*la jurisprudencia viene declarando, en relación con la aplicación del mencionado baremo al ámbito de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas que ese sistema de valoración del daño que reputa infringido tiene carácter meramente orientativo, no vinculante para los tribunales de este orden jurisdiccional a la hora de calcular la indemnización debida por título de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, regida por el principio de indemnidad plena o de reparación integral.*"

Partiendo de lo anterior, se considera ajustada la cuantía reclamada por los recurrentes, ya que ésta también se aproxima a la contenida en el baremo del año 2014 -fecha en que se produjeron los hechos-, si bien habida cuenta que ésta responde a una pérdida de oportunidad del 100%, y según lo expuesto en el anterior Fundamento Jurídico, ésta debe cifrarse en un 50%, corresponderá a los recurrentes una indemnización en la cantidad de sesenta y ocho mil trescientos sesenta y cinco euros con treinta y cuatro céntimos (68.365,34 €) -descontada la cantidad que ha sido reconocida por la administración en vía administrativa-, cantidad que debe considerarse ya actualizada a la fecha de la presente resolución.

QUINTO.- Por último, y con lo que respecta a los intereses del art. 20 LCS reclamados por los recurrentes, deben ser rechazados de acuerdo con la doctrina consolidada de la Sala Tercera del T.S. que los niega con la siguiente argumentación, expuesta en la Sentencia de 19 de Septiembre de 2006 (rec. 4858/2002): "*Distinta respuesta ha de recibir la pretensión de que se señalen como intereses a satisfacer por la compañía aseguradora el 20% en aplicación del art. 20 de la Ley Contrato de Seguro, según el cual: "Si el asegurador*

Código Seguro de verificación:THXMctDGTHDxbyloAMU0ow==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws121.juntadeandalucia.es/verifirmav2/>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.


FIRMADO POR	ANA FARIÑAS GOMEZ 03/10/2017 14:08:54	FECHA	03/10/2017
	VERONICA PIA GOMEZ SUAREZ 03/10/2017 14:47:32		
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	THXMctDGTHDxbyloAMU0ow==	PÁGINA 4/6
 THXMctDGTHDxbyloAMU0ow==			



incurrir en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas: 1º) Afectará, con carácter general, a la mora del asegurador respecto del tomador del seguro o asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil y del beneficiario en el seguro de vida (...). Las previsiones del precepto se dirigen a gravar la demora del asegurador en la satisfacción de la indemnización de los daños y perjuicios en su relación directa con el tomador del seguro o asegurado en general y con carácter particular, respecto del tercero perjudicado en el seguro de responsabilidad civil, como resulta del nº 1 del precepto en relación con el número 6º, párrafo tercero, que se refiere a la reclamación o acción directa formulada por el tercero perjudicado, en cuanto la demora en el reconocimiento del siniestro y la correspondiente reparación es imputable a la compañía aseguradora que interviene. Así se desprende del número 8º de dicho precepto, según el cual, "no habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable", como sucede en supuestos como el presente en el que la reclamación no se formula directamente a la aseguradora sino a la Administración, lo que tuvo lugar, además, el 28 de octubre de 1998, es decir, más de tres años después de que se produjeran los hechos, la cual denegó la existencia de responsabilidad patrimonial que sólo se determinó a través de la sentencia ahora recurrida, de manera que no puede imputarse a la compañía aseguradora la demora en el pago de la indemnización en relación con el momento en que se produjeron los hechos, que es imputable, primero a la actitud de la propia recurrente en la formulación de la reclamación años después y, segundo, a la necesidad de reconocimiento judicial del derecho de la recurrente frente a la Administración, cuya demora y subsiguiente perjuicio patrimonial se sujeta, en su caso, a la correspondiente actualización y abono de intereses, como establece el art. 141.3 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, sin que pueda hacerse de peor condición a la entidad aseguradora, a la que no es imputable en este caso la demora, sujetándola al pago de unos intereses muy superiores, debiéndose aplicar, por lo tanto, el mismo criterio que se establece para la demora de la Administración. En tal sentido, la Sala Primera de este Tribunal Supremo, en sentencia de 9 de marzo de 2000, que cita las de 19 de junio y 10 de julio de 1997, exige para la aplicación de los intereses establecidos en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro, entre otras circunstancias, que no exista causa justificada de la falta de pago. Por su parte, la sentencia de la misma Sala de 29 de noviembre de 2005, haciendo referencia a dicha doctrina, señala entre los supuestos en que se estima que concurre una circunstancia que libera a asegurador del pago de los referidos intereses moratorios (art. 20 LCS), el caso de que la determinación de la causa del pago del asegurador haya de efectuarse por el órgano jurisdiccional; con más motivo cuando, como sucede en este caso, ello es preciso no sólo para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial y la subsiguiente responsabilidad del asegurador sino para la determinación de la indemnización procedente. En consecuencia esta pretensión debe desestimarse".

En este mismo sentido, la STSJ de Cantabria de 15 de junio de 2012 establece que "no procede el abono de los intereses del art. 20 LCS dado que la reclamación en el EA no se ha dirigido expresamente contra esta compañía aseguradora, que ha intervenido como interesada pero no para responder a una petición indemnizatoria dirigida expresamente contra ella. Respecto de los intereses del art. 20 LCS dispone la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala Tercera, sección 4, de 28 de marzo del 2012 en caso parecido que "en un caso como el de autos, en el que el rechazo por la Administración asegurada de la reclamación de responsabilidad patrimonial no carecía de todo fundamento, hasta el punto de ser refrendado por la Sala de instancia en su sentencia, no cabe apreciar una actitud de la aseguradora elusiva, injustificable, del pago de la indemnización. De ahí que, siguiendo en este punto el criterio que es de ver en la sentencia de 19 de septiembre de 2006, dictada en el recurso de

Código Seguro de verificación: THXMctDGTHDxby1oAMU0ow==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://ws121.juntadeandalucia.es/verificav2/>
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	ANA FARIÑAS GOMEZ 03/10/2017 14:08:54	FECHA	03/10/2017
	VERONICA PIA GOMEZ SUAREZ 03/10/2017 14:47:32		
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	PÁGINA	5/6
 THXMctDGTHDxby1oAMU0ow==			



casación núm. 4858 de 2002, no proceda acceder a aquella pretensión." Ello, fundamentalmente por dos razones. La primera es porque la reclamación, en vía administrativa, no se dirige frente a la aseguradora, si bien interviene como interesada por imponerle la ley. En segundo lugar, porque la responsabilidad de la aseguradora exige la previa de la administración y si existe un acto, expreso o presunto de ésta que deniega esa responsabilidad es precisa su previa anulación judicial".

SEXTO.- Dado que procede la estimación parcial del presente recurso contencioso-administrativo, cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad, de conformidad con lo previsto en el art 139.1.1º LJCA.

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

FALLO


ESTIMAR PARCIALMENTE el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la Procuradora Dña. [REDACTED], en nombre y representación de D. [REDACTED] y DÑA. [REDACTED] frente a la resolución dictada por el SERVICIO ANDALUZ DE SALUD en fecha de 5 de Noviembre de 2014, anulando la misma por no ser ajustada a derecho, **CONDENANDO** a las codemandadas a indemnizar a los recurrentes, conjunta y solidariamente, en la cantidad de **sesenta y ocho mil trescientos sesenta y cinco euros con treinta y cuatro céntimos (68.365,34 €)**, más el interés legal de dicha cantidad devengado desde la reclamación en vía administrativa. Con relación a las costas, cada parte abonará las causadas a su instancia y las comunes por mitad.

Notifíquese la presente resolución a las partes, haciéndoles saber que la misma **NO es FIRME** y que, por tanto, podrán interponer contra la misma **RECURSO DE APELACIÓN**, ante este mismo Juzgado, en el plazo de los **QUINCE DÍAS** siguientes a su notificación.

Así por esta mi sentencia, definitivamente juzgando en primera instancia, lo pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- Dando cumplimiento a lo dispuesto en el Art. 212 de la L.E.Civil en relación con el Art. 186 de la L.O.P.J., se ha hecho pública la anterior sentencia por el Ilmo. Sr. Magistrado-Juez que la dictó, en el mismo día de su fecha, llevándose certificación literal de la misma a los autos y quedando el original archivado en la Secretaría de este Juzgado. Doy fe.

Código Seguro de verificación:THXMctDGTHDxbyLoAMU0ow==. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: https://ws121.juntadeandalucia.es/verfirmav2/ Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

FIRMADO POR	ANA FARIÑAS GOMEZ 03/10/2017 14:08:54	FECHA	03/10/2017
	VERONICA PIA GOMEZ SUAREZ 03/10/2017 14:47:32		
ID. FIRMA	ws051.juntadeandalucia.es	PÁGINA	6/6
 THXMctDGTHDxbyLoAMU0ow==			