

Audiencia Provincial

AP de Barcelona (Sección 17ª) Sentencia num. 426/2015 de 4 noviembre

SEGURO DE VIDA: RECLAMACION DE CANTIDAD: PROCEDENCIA: Fallecimiento del tomador del seguro: derecho de la beneficiaria a recibir la indemnización correspondiente: falta de acreditación de que el tomador incurriera en dolo o culpa grave en el cumplimiento de su deber de declaración del riesgo cuando se le sometió al cuestionario de salud.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 160/2014

Ponente:Ilmo. Sr. D. Mireira Borguño Ventura

AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA

SECCIÓN DECIMOSÉPTIMA

ROLLO núm. 160/2014

JUZGADO PRIMERA INSTANCIA 34 BARCELONA

PROCEDIMIENTO ORDINARIO Nº 1507/2012

SENTENCIA núm. 426/2015

Ilmos. Sres.:

Don José Antonio Ballester Llopis

Don Paulino Rico Rajo

Doña Mireia Borguño Ventura

En la ciudad de Barcelona, a cuatro de noviembre de dos mil quince.

VISTOS, en grado de apelación, ante la Sección Decimoséptima de esta Audiencia

Provincial, los presentes autos de Procedimiento ordinario, número 1507/2012 seguidos por el Juzgado Primera Instancia 34 Barcelona, a instancia de TUTORA DE quien se encontraba debidamente representado/a por Procurador y asistido/a de Letrado, actuaciones que se instaron contra ZURICH ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., quien igualmente compareció en legal forma mediante Procurador que le representaba y la asistencia de Letrado; actuaciones que penden ante esta Superioridad en virtud del recurso de apelación interpuesto por la representación de ZURICH ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. contra la Sentencia dictada en los mismos de fecha 7 de octubre de 2013, por el Sr/a. Juez del expresado Juzgado.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El fallo de la Sentencia recaída ante el Juzgado de instancia y que ha sido objeto de apelación, es del tenor literal siguiente:

" **ESTIMO la DEMANDA** interpuesta por el sr. , que al haber fallecido durante el procedimiento se ha continuado a través de su sucesora procesal, , actuando en su nombre por ser menor de edad la sra. Inocencia , representada por la procuradora, contra la entidad ZURICH VIDA, CÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., representada por el procurador, y en consecuencia, **CONDENO** a la demandada a satisfacer 78.500€ a la actora. Esta cantidad se verá incrementada con los intereses previstos en el art. 20 desde el día 15 de marzo de 2010.

Las costas procesales se imponen a la parte demandada."

SEGUNDO.- Contra la anterior sentencia se interpuso recurso de apelación por la representación de ZURICH ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. y admitido se dio traslado del mismo al resto de las partes con el resultado que es de ver en las actuaciones, y tras ello se elevaron los autos a esta Audiencia Provincial.

TERCERO .- De conformidad con lo previsto en la Ley, se señaló fecha para celebración de la votación y fallo que tuvo lugar el pasado cuatro de noviembre de dos mil quince.

CUARTO.- En el presente juicio se han observado y cumplido las prescripciones legales.

VISTO, siendo Ponente la Ilma. Sra. Magistrada D^a Mireia Borguñó Ventura.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO

La representación de ZURICH VIDA, CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. interpone recurso de apelación contra la sentencia dictada el 7 de octubre de 2013 por el Juzgado de Primera Instancia nº 34 de Barcelona en autos de juicio ordinario nº 1507/2012.

La referida resolución estimó la demanda interpuesta por D. , sucedido procesalmente por su hija menor a través de su representante legal, en reclamación de 78.500 €, más los intereses legales del art. 20 [LCS](#), que es la indemnización que le corresponde por invalidez permanente absoluta en virtud del contrato de seguro de vida suscrito el día 27 de mayo de 2003, ofrecido y comercializado por Deutsche Bank en el contexto de concesión de un préstamo hipotecario, ampliado en el año 2005, para la adquisición de una vivienda.

La resolución de instancia consideró que el actor no incurrió en dolo o culpa grave al suscribir el contrato de seguro, pues si bien había sufrido dos operaciones quirúrgicas por tumor cerebral, el cuestionario de salud sólo se le presentó a su firma sin formularse las preguntas relativas a las enfermedades y padecimientos que pudiera presentar.

La apelante reitera en la alzada los argumentos en contra de la petición del actor, esto es: 1)- la nulidad del contrato de seguro dado que la enfermedad que dio lugar a la incapacidad permanente absoluta ya existía antes de la firma; 2)- el incumplimiento por el asegurado de su deber de contestar verazmente al cuestionario de salud que le fue formulado, ya que ocultó la grave enfermedad que padecía; 3)- la improcedencia de la condena al pago de los intereses del art. 20LCS pues el cuestionario de salud fue rellenado por un empleado del banco que no guarda relación alguna con Zurich; y 4)- la existencia de dudas de hecho que justificarían la no imposición de las costas procesales.

La apelada solicita la confirmación de la resolución recurrida.

SEGUNDO

Los hechos admitidos por las partes y a los que hay que atender para la resolución del recurso son los siguientes: El Sr. fue intervenido en el año 1998 de un tumor cerebral (glioma de bajo grado). En el mes de diciembre de 2002 se evidencia una recidiva del tumor, por lo que nuevamente fue intervenido quirúrgicamente para su extirpación (glioma grado II), que al no ser total fue seguida de sesiones de radioterapia durante los meses de abril y mayo de 2003. En diciembre de 2007 sufrió nueva recidiva tratada otra vez con intervención quirúrgica (astrocitoma grado III). Al presentar progresión de la enfermedad, el Sr. o recibió quimioterapia en julio de 2008. En septiembre de 2009 se objetiva progresión radiológica que aconseja nueva

intervención. La situación clínica concluye en una situación de invalidez permanente absoluta que fue declarada por el INSS el 19 de abril de 2010 (f. 113 ss). El Sr. falleció el 25 de noviembre de 2012.

En otro orden de cosas, resulta que el actor, junto con su entonces esposa D^a, suscribió a finales de mayo de 2003 con la entidad Deutsche Bank un préstamo hipotecario para la adquisición de una vivienda, operación a la que se vincularon un seguro del hogar y un seguro de vida que cubría el riesgo de invalidez permanente, entre otros. Para la contratación del seguro de vida los solicitantes, en la oficina bancaria y ante el mismo empleado que estaba tramitando el préstamo, Sr., firmaron el 27 de mayo de 2003 un cuestionario de salud (f. 425-426), de cuyo examen resulta que el Sr. no había padecido ni padecía enfermedad alguna. En el juicio el Sr. reconoce que él relleno el cuestionario, y se ha acreditado que ambos cónyuges lo firmaron.

En relación a tales hechos se discuten esencialmente dos cuestiones: 1)- la posible nulidad del contrato de seguro de vida al amparo del [art. 4 LCS](#); y 2)- y si el Sr. Estanislao leyó las preguntas del cuestionario y traslado al formulario las respuestas del Sr., o si por el contrario se limitó a presentar el cuestionario a la firma sin formular tales preguntas, en definitiva, el Sr. incumplió el deber de declaración que imponen al asegurado los [art. 10 y 89 LCS](#).

TERCERO

Procede resolver en primer lugar sobre la alegada nulidad del contrato de seguro, pues su estimación haría innecesario el examen del otro motivo del recurso. La apelante fundamenta la nulidad del contrato en el [art. 4](#) de la [LCS](#), pues defiende que los efectos invalidantes de la enfermedad que padecía el Sr. Felicísimo ya existían antes de suscribir el seguro.

Dicha norma establece que el contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. En el caso de autos ciertamente el actor había sufrido antes de la firma del contrato de seguro dos operaciones para la extirpación de un tumor cerebral, ahora bien, a pesar de ello, él continuaba haciendo su vida normal y trabajando en una autoescuela hasta el mes de abril de 2007, momento en que le dieron la baja laboral. Pues bien, la Sala entiende que la conclusión jurídica de la recurrente no es correcta, por cuanto la situación de invalidez no existía en el momento de la firma del seguro de vida, sino que dicha situación se produjo al momento de dictarse la resolución del INSS que declaró la incapacidad del actor, "confundiéndose por ello la demandada el evento futuro e incierto que constituye el riesgo sobre el que gira el

contrato de seguro, es decir la invalidez, con la existencia de una enfermedad que puede o no conducir al evento previsto", como así declara la SAP Barcelona, sección 19, de 17 de marzo de 2011 (ROJ: SAP B 5665/2011).

El siniestro o evento dañoso se concreta en la declaración formal de invalidez, por lo que cuando el contrato de seguro se concierta en un momento anterior a la declaración administrativa o judicial de incapacidad, pero posterior al momento al que se retrotraen los efectos de tal declaración, sigue siendo aleatorio pues cuando se concertó existía "riesgo", porque la declaración de incapacidad podía o no producirse. Los dos primeros tumores que se extirparon al actor eran benignos y, en principio, de buen pronóstico, por lo que la declaración de incapacidad era incierta en la fecha de la firma del seguro de vida, si bien, desafortunadamente, la evolución posterior no fue buena, y cuando esto ocurre el Dr. (neurocirujano que le operó en el año 2002) ha declarado que pocas veces se produce una curación o estabilización definitiva.

En consecuencia procede la desestimación de este motivo del recurso por cuanto en el momento de la contratación el riesgo de una posible incapacidad aún existía.

CUARTO

En relación al cuestionario de salud, como ya dijimos en nuestra [sentencia de 19 de noviembre de 2014](#) (Recurso: 112/2013) en interpretación del [artículo 10 LCS](#) "Haciendo un resumen de la citada jurisprudencia, puede afirmarse que en el seguro de vida, la obligación del asegurado de declarar sobre su estado de salud al objeto de determinar el contenido del seguro y en definitiva para determinar el pago de las primas e indemnización que pudiera corresponder, es una obligación de respuesta al cuestionario que le someta la compañía de seguros.....No es éste (el asegurado), pues, quien debe manifestar motu proprio las enfermedades que haya padecido. El deber de declarar del asegurado consiste en responder a las preguntas que le presente la compañía de seguros, haciéndolo de forma veraz, conforme al principio de buena fe que rige esencialmente esta materia contractual". O como declara la STS de 2 de diciembre de 2014 (ROJ: STS 5095/2014), el deber de declarar "no es un deber espontáneo e independiente del tomador, sino un deber de responder a un cuestionario".

Por otro lado, y conforme al precepto citado, la declaración inexacta del tomador del seguro o la omisión de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, solo dará lugar a la liberación del asegurador cuando esa inexactitud u omisión se deba a dolo o culpa grave del tomador, pues en caso contrario la aseguradora sólo puede rescindir el contrato (antes de acontecer el siniestro) o reducir la indemnización correspondiente (una vez ocurrido el siniestro). Lo dispuesto en el [art. 10 LCS](#) es

aplicable a cualquier contrato de seguro (daños y personas). Ahora bien, el [art. 89](#) LCS establece una particularidad en relación a los seguros de vida, pues si bien se remite a las normas generales, dispone que, transcurrido un año desde la suscripción de la póliza, el asegurador no puede impugnar el contrato a pesar de conocer las inexactitudes del tomador al contestar el cuestionario de salud, salvo que éste haya actuado con dolo o culpa grave. Es decir, que transcurrido un año, si el tomador no ha actuado con dolo o culpa grave, la aseguradora deberá pagar la indemnización pactada sin poder reducir su importe (cláusula de indisputabilidad). Por todas, STS de 11 de junio de 2007 . En todo caso la concurrencia de dolo o culpa grave del asegurado en la declaración del riesgo es un elemento cuya prueba corresponde al asegurador.

QUINTO

Ha quedado acreditado que el actor y su esposa eran conocedores de que contrataban un seguro de vida, y no se han impugnado sus firmas en el cuestionario de salud. Asimismo dicho cuestionario resulta que fue rellenado por el empleado del banco, Don., lo cual no es óbice a su validez y eficacia siempre y cuando las preguntas fueran formuladas de viva voz y se rellenara de acuerdo a las respuestas que iba dando el asegurado (en este sentido STS 15 noviembre de 2007 y 14 de febrero de 2014 (ROJ: STS 495/2014).

Lo que debe resolverse, pues, es si Don. leyó las preguntas del cuestionario y trasladó al formulario las respuestas que el Sr. le iba dando, o si por el contrario rellenó el cuestionario sin formular todas o la mayoría de las preguntas y después se limitó a presentar el cuestionario a su firma. Dicho cuestionario (f. 425-426) consta de varias preguntas sobre la salud del tomador del seguro, refiriéndose las cuatro primeras a los antecedentes familiares, peso, altura, tensión, tabaco y alcohol. En la pregunta 5ª "¿padece o ha padecido alguna de las enfermedades o afecciones siguientes?", se distinguen hasta doce sub-apartados contenidos en dos hojas, y que guardan relación con el corazón o sistema circulatorio; cerebro o sistema nervioso; órganos respiratorios; aparato digestivo; vías urinarias y genitales (primera hoja); piel y sistema sensorial; sangre o infecciones; huesos y articulaciones; enfermedades venéreas; sistema endocrino; tumores y cáncer; y otras que exijan tratamiento de más de un mes (segunda hoja). Dentro de cada uno de estos sub-apartados se relacionan entre paréntesis varias enfermedades o síntomas relacionadas con la general. Por ejemplo, en relación a las afecciones del cerebro o sistema nervioso (pregunta 5.2) se relacionan la epilepsia, parálisis, vértigos, insomnio, alteraciones nerviosas o psíquicas etc; en la única que no se efectúa especificación alguna es en la 5.11 relativa a "tumores, cáncer". Y finalmente, en la 6ª se pregunta sobre intervenciones

padecidas en los últimos 10 años.

SEXTO

Tras el visionado de la grabación del juicio, resulta especialmente reveladora la testifical Don. (min 24'), empleado del banco que gestionó con el actor y su esposa la concesión del crédito y, por tanto, del seguro de vida. Dicho testigo explicó que la firma de toda la documentación se hizo en bloques y con ciertas prisas, pues después tenían que ir al notario. Es decir, primero presentó para su firma los documentos correspondientes al préstamo, después los correspondiente al seguro de vida, y finalmente los del seguro del hogar. En relación al cuestionario de salud del seguro de vida, manifiesta que en cuanto a las preguntas generales sobre peso, altura y presión sanguínea, normalmente va indicando a los asegurados valores aproximados y si éstos no saben cuál es su tensión hace constar parámetros dentro de la normalidad. En cuanto a las referidas preguntas del apartado 5º y 6º, Don. incurrió en evidentes contradicciones, pues primero dijo que no recordaba si leyó el cuestionario de salud, aunque después manifestó que normalmente lo hace, aunque a veces depende del importe del préstamo; en otro momento del juicio declaró que normalmente lee el cuestionario pero que la segunda hoja no la lee (min 38'50"), para después decir que lee los párrafos generales pero no las enfermedades que se enumeran entre paréntesis (min 44'). También llegó a decir que pregunta de forma genérica en cuanto al estado de salud sin atenerse al tenor literal del cuestionario, "que no lee directamente, sólo la parte del principio". Finalmente añadió que el cuestionario se cumplimenta en 2 minutos, aunque luego dijo que "puede que en 5 minutos".

Por otra parte Don. declaró también que el Sr. era calvo y que tenía una cicatriz en el cráneo (visible perfectamente para cualquier persona), y a pesar de tal evidencia, no le preguntó ni le pidió información en relación a la misma.

Por último, la Sra. (esposa del Sr. en aquel momento y que concertó también el préstamo), afirma con rotundidad que Don. no les formuló las preguntas del cuestionario (min 17'30"), y que además el peso que se hizo constar en su cuestionario (56 kg) no se corresponde con el suyo, pues nunca ha pesado más de 46-47 kg.

Ante estas contradicciones, concluimos, con la Juez a quo, que Zurich no ha conseguido probar que Don. formulara la totalidad de las preguntas que integran el cuestionario sino sólo las relativas a cuestiones generales (las de las primeras preguntas como dijo él), que además cumplimentó de forma aproximada. La lectura íntegra y la contestación por el asegurado de todas ellas comporta mucho más tiempo de los 2 o 5 minutos que indicó en el juicio. Y como dice la STS de 4 de diciembre de

2014 (ROJ:STS 5495/2014) no puede concurrir dolo o culpa grave (con efectos liberatorios para la aseguradora) en los casos en que no conste que el tomador del seguro hubiera sido realmente preguntado y hubiera podido ser consciente de las preguntas del cuestionario y de que, respecto de alguna de ellas, se omitía información relevante para la determinación del riesgo. Y según declara también la citada sentencia, "en los casos en que el cuestionario es rellenado por los empleados de la compañía aseguradora sin que se haya recabado de la tomadora del seguro la contestación de las preguntas, por mucho que aparezca su firma al final del cuestionario, no habrá habido infracción del deber de declarar aquella circunstancia relevante para la determinación del riesgo, porque de hecho no habrá sido preguntado por ella".

Además, Don., tampoco actuó con la debida diligencia cuando, siendo evidente la cicatriz que el Sr. tenía en el cráneo (6-7 cm), acompañada además de un leve hundimiento del mismo (según declaró la Sra. y Don.), no le preguntó ni le pidió información en relación a la misma, que bien pudiera afectar a los riesgos asegurados. Y como declara la STS de 2 de diciembre de 2014 antes citada en un supuesto en que ciertas malformaciones "eran evidentes a la vista del empleado de la Caja que, por cuenta de la compañía aseguradora, concertó con el tomador el seguro de vida vinculado al préstamo hipotecario. Eso significa que fue quien contrataba por la aseguradora quien obvió estas evidentes dolencias y admitió que no aparecieran reflejadas en la declaración de salud, por las razones que fueran, pero con el consiguiente efecto de que esta divergencia entre el riesgo declarado y el riesgo real, al tiempo de concertarse el seguro, no pudiera ser debida a una conducta dolosa o con culpa grave del tomador del seguro".

Por último, no hay que perder de vista que el seguro de vida suscrito por el actor era un seguro vinculado a un préstamo, en los que la iniciativa de la concertación del seguro no parte del prestatario sino de la propia entidad bancaria y el seguro se concerta con una aseguradora de su grupo de empresas o vinculada con ella. Y en tales casos, como recoge la SAP de Valencia, Sec. 7, de 17 de diciembre de 2014 (ROJ: SAP V 5942/2014), la jurisprudencia menor se decanta mayoritariamente por "no estimar la ocultación dolosa o con imprudencia grave en supuestos de contrato de seguro vinculado a una operación bancaria impuesta o recomendada por la entidad prestataria, cuando existe prueba de que del cuestionario se rellenó por el empleado del banco como un mero trámite y se firmó por el asegurado al mismo tiempo que el resto de los documentos relativos al préstamo al que alcanzaba la verdadera voluntad contractual del tomador".

En consecuencia, no estimamos probado que el Sr. incurriera en dolo o culpa grave

en el cumplimiento de su deber de declaración, por lo que debe desestimarse este motivo del recurso.

SÉPTIMO

El siguiente pronunciamiento recurrido es la condena al pago de los intereses del art. 20 [LCS](#). La apelante entiende que no son procedentes pues conforme al cuestionario de salud el sr. no padecía enfermedad alguna, y fue rellenado por un empleado del banco que no guarda relación alguna con Zurich, lo que justificaría su no imposición.

Conforme a reiterada doctrina jurisprudencial, que recogen la STS de 24 de abril de 2014 (ROJ: STS 1700/2014) y de 9 de junio de 2015 (ROJ: STS 3209/2015): "el recargo de los intereses por mora del asegurador tiene lugar cuando no se produce el pago de la indemnización por causa no justificada o imputable a la aseguradora. En su interpretación, tanto en su primitiva redacción, como en el texto vigente dado por la [Ley 30/1995, de 8 de noviembre](#), esta Sala ha declarado en reiteradas ocasiones que la indemnización establecida en el art. LCS tiene desde su génesis un marcado carácter sancionador y una finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirve de acicate y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal que pesa sobre el asegurador, cual es la del oportuno pago de la correspondiente indemnización capaz de proporcionar la restitución íntegra del derecho o interés legítimo del perjudicado. La mora de la aseguradora únicamente desaparece cuando de las circunstancias concurrentes en el siniestro o del texto de la póliza surge una incertidumbre sobre la cobertura del seguro que hace precisa la intervención del órgano jurisdiccional ante la discrepancia existente entre las partes al respecto, en tanto dicha incertidumbre no resulta despejada por la resolución judicial".

Nada de ello se da en el presente caso, pues la mera existencia de un proceso o el hecho de acudir al mismo para determinar si el cuestionario de salud fue cumplimentado o no conforme a las exigencias legales, así como que el empleado del banco que intervino por cuenta de la aseguradora no era un empleado de la misma, no constituyen causas que justifiquen por sí el retraso en el pago o que hagan presumir como razonable la oposición. Por el contrario, obran en los autos las múltiples reclamaciones extrajudiciales realizadas por el actor antes de interponer la demanda (doc. 26 a 28, mediante burofax de enero y febrero de 2012; doc. 29 petición de diligencias preliminares en febrero 2012), y frente a las que Zurich rechazó el siniestro (doc. 31, carta de abril 2012).

Por ello la demandada deberá pagar los intereses del art. 20LCS desde la fecha fijada en la sentencia de instancia.

OCTAVO

Por último se solicita la revocación de la sentencia en cuanto a la condena en costas de la instancia a la recurrente, pues sostiene que existían dudas de hecho.

Debemos recordar que el criterio general en materia de costas es el del vencimiento, de tal modo que las costas procesales causadas se impondrán a la parte que haya visto rechazadas todas sus pretensiones, salvo que el tribunal aprecie, y así lo razone, que el caso presentaba serias dudas de hecho o de derecho, de conformidad con lo establecido en el Art. 394-1 [LEC](#).

No cabe considerar como tal duda toda aquella que se suscita por la discrepancia existente entre los litigantes en sus escritos de demanda y contestación o a través del recurso interpuesto, pues eso acontece en la totalidad de procesos y recursos, salvo los absolutamente infundados, si no que la duda debe surgir bien por la existencia de distintos criterios jurisprudenciales respecto a la aplicabilidad de un precepto en relación con la cuestión debatida en el proceso o bien por la existencia real de incertidumbre acerca de lo realmente acontecido siempre que tenga repercusión directa en la resolución de la litis. Nada de esto se ha acreditado en esta alzada, razón por la cual debemos desestimar también este motivo del recurso interpuesto.

Todo lo expuesto conlleva la desestimación del recurso y la confirmación de la resolución apelada.

NOVENO

La desestimación del recurso conlleva la imposición de las costas procesales al recurrente en virtud del [art. 398 LEC](#).

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

F A L L A M O S

Desestimar el recurso de apelación interpuesto por la representación de ZURICH VIDA, CIA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. contra la sentencia dictada el 7 de octubre de 2013 por el Juzgado de Primera Instancia nº 34 de Barcelona en autos de juicio ordinario nº 1507/2012, que se confirma, con imposición de las costas procesales de esta alzada a la apelante.

Visto el resultado de la resolución recaída, y conforme lo recogido en el punto 9 de la [Disposición Adicional Decimoquinta](#) de la Ley Orgánica del Poder Judicial en la nueva redacción introducida por la [L.O. 1/2009 de 3 de noviembre](#), BOE de 4 noviembre, con pérdida del depósito ingresado en su día para recurrir, **y en sus méritos procédase a dar a éste el destino previsto en la Ley.**

La presente resolución es susceptible de recurso de casación por interés casacional y extraordinario por infracción procesal siempre que se cumplan los requisitos legal y jurisprudencialmente exigidos, a interponer ante este mismo tribunal en el plazo de veinte días contados desde el día siguiente a su notificación. Y firme que sea devuélvanse los autos originales al Juzgado de su procedencia, con testimonio de la resolución para su cumplimiento.

Así por esta nuestra sentencia, de la que se unirá certificación al rollo, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACION.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia en el mismo día de su fecha, por el/la Ilmo/a. Sr/a. Magistrado/a Ponente, celebrando audiencia pública. DOY FE.