

Audiencia Provincial

AP de Madrid (Sección 21ª) Sentencia de 6 julio 1999

SEGURO DE PERSONAS: Seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria: póliza de asistencia sanitaria: interpretación del art. 103 LCS: limitación a la libertad contractual: asistencia de carácter urgente; Reclamación de cantidad: estimación: obligación de la aseguradora de responder de la asistencia prestada al asegurado como consecuencia de asistencias urgentes: aplicación del art. 103 LCS.

Jurisdicción:Civil

Recurso de Apelación 1126/1996

Ponente:Ilma. Sra. Rosa María Carrasco López

La Sección 21ª de la AP de Madrid **declara haber lugar** al recurso de apelación planteado por la actora doña contra la Sentencia dictada por el Juzgado de 1ª Instancia núm. 2 de Alcobendas, en fecha 21-10-1996, y revoca en parte la referida Sentencia, y con estimación parcial de la demanda, condena a la demandada «Adeslas, SA» a pagar a aquélla la suma de 6.498.131 ptas. más los intereses moratorios desde la interposición de la demanda incrementada en dos puntos desde la sentencia.

En Madrid, a seis de julio de mil novecientos noventa y nueve.

La Sección Vigésimo Primera de la Audiencia Provincial de Madrid, compuesta por los Señores Magistrados expresados al margen, ha visto en grado de apelación los autos sobre reclamación de cantidad, procedentes del Juzgado de 1ª Instancia núm. 2 de Alcobendas, seguidos entre partes, de una, como apelante-demandante y de otra, como apelada-demandada Cía. Seguros Adeslas, SA seguidos por el trámite de menor cuantía.

Visto , siendo Magistrada Ponente la Ilma. Sra. Dª Rosa María Carrasco López.

ANTECEDENTES DE HECHO

La Sala acepta y da por reproducidos los antecedentes de hecho de la resolución recurrida.

PRIMERO. -Por el Juzgado de 1ª Instancia núm. 2 de Alcobendas, en fecha 21 de octubre de 1996, se dictó sentencia, cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: *Fallo:* «Que desestimando la demanda formulada por el Procurador señor, en nombre y representación de doña contra la compañía de Seguros Adeslas, SA, representada por la Procuradora señora, debo absolver a la entidad demandada de todos los pedimentos de la demanda; todo ello con expresa imposición de las costas causadas en este procedimiento a la parte actora».

SEGUNDO. -Notificada la mencionada sentencia, contra la misma se interpuso recurso de apelación por la parte demandante, que fue admitido en ambos efectos, y en su virtud, previos los oportunos emplazamientos, se remitieron las actuaciones a esta Sección, ante la que han comparecido las partes, sustanciándose el recurso por sus trámites legales, no habiéndose acordado el recibimiento del pleito a prueba en esta alzada.

TERCERO. -La vista pública celebrada el día 5 de julio de 1999, tuvo lugar con la asistencia e informe de los Letrados de las partes.

CUARTO. -En la tramitación del presente procedimiento han sido observadas en ambas instancias las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.-

No se aceptan en su integridad los de la resolución recurrida.

SEGUNDO.-

La actora, doña ejercita acción de reclamación de 8.705.931 ptas. o alternativamente de 6.498.131 ptas. por honorarios médicos y asistencia sanitaria o por asistencia sanitaria abonada por ella a consecuencia de su enfermedad, la cual provocó que ingresara de urgencia en dos centros hospitalarios de esta capital; y dirige la acción contra la entidad aseguradora Adeslas, SA de la que era beneficiaria en virtud de póliza en la modalidad de Servisalud Modular de fecha 1 de diciembre de 1992 de la que era tomador su marido.

La actora en septiembre de 1994 debido a molestias en el abdomen acudió al doctor para que la atendiera, sabiendo que el mismo no era médico de Adeslas; aquél acordó de urgencia su ingreso el 23 de octubre de 1994 en la Clínica La Paloma que estaba concertada con la demandada, razón por la cual no abonó ningún gasto médico-sanitario, aunque sí los honorarios de los profesionales que la trataron.

Fue dada de alta el 7 de noviembre de 1994, pero el día 14 del mismo mes empeoró

teniendo que ser ingresada nuevamente de urgencia; esta vez el doctor la ingresó por tener el centro mejores medios en la Clínica La Luz que no estaba concertada con la demandada; dada su gravedad fue operada por el doctor quien fue llamado por su médico el doctor desde el 15 de noviembre al 14 de diciembre de 1994 tuvo que ser operada en varias ocasiones, permaneciendo en la unidad de cuidados intensivos hasta el 26 de diciembre de 1994 que pasó a planta donde estuvo hasta el 23 de enero de 1995 que fue trasladada a la Clínica Nuestra Señora de América en la que permaneció hasta el 6 de febrero de 1995.

La demandada si bien el doctor no estaba en su cuadro médico abonó todos los gastos sanitarios y farmacológicos derivados de su ingreso urgente en la Clínica La Paloma; no obstante su conducta fue distinta respecto a los gastos de la misma naturaleza derivados de su ingreso también urgente en la Clínica La Luz, en este supuesto sólo se hizo cargo de parte de los gastos así los de hospitalización, y alquiler de quirófano no abonando los gastos farmacéuticos y otros prestados para su recuperación por los servicios de la referida clínica. Y en ningún momento se ha hecho cargo de los honorarios profesionales tanto de los doctores como del resto de profesionales que intervinieron en su asistencia; la demandada sólo se ha hecho cargo de los gastos médicos y sanitarios incluidos los de farmacia desde el 26 de diciembre de 1994, según la actora, cuando hacía ya un mes que el doctor estaba en su cuadro médico, y fue trasladada a la Clínica Nuestra Señora de América pese a que la Clínica La Luz desde enero de 1995 estaba concertada con Adeslas, SA, toda esta actuación es calificada por la demandante como infractora del principio de buena fe.

Al amparo de todos los hechos relatados, y por ser, afirma la actora, el contrato de adhesión debe hacerse cargo la demandada por estar cubiertos por la póliza de todos los gastos derivados de su ingreso en la Clínica La Luz e incluso de todos los honorarios cuyo origen está en la asistencia médica necesaria al padecer la enfermedad de Crohn que le fue diagnosticada por el doctor M.

TERCERO.-

La demandada niega que haya incurrido en ninguna irregularidad, sino en haber actuado en todo momento en beneficio de la actora en cuanto se hizo cargo de todos los gastos surgidos tras su ingreso en la Clínica La Paloma pese a que el facultativo que acordó aquél no pertenecía o no era del cuadro de la aseguradora; e igualmente actuó en interés de aquélla cuando ante la presencia de sus familiares autorizó hacerse cargo de parte de los gastos derivados del ingreso, como fueron los de estancia y alquiler de quirófano.

Mantiene la entidad Adeslas que no estaba obligada de conformidad con lo

dispuesto en la cláusula tercera de las condiciones generales de la póliza a hacerse cargo ni de los honorarios de los facultativos que han atendido a la actora por ser ajenos a la entidad, ni de los gastos de internamiento o servicios que aquéllos prescribieron porque no eran de Adeslas, no obstante y en interés del cliente al ingresar aunque fuera por facultativo ajeno a la entidad en la clínica La Paloma que era concertada decidieron hacerse cargo de todos los gastos, más aun al ser el ingreso urgente; y al ingresar en la clínica La Luz que no era concertada, sólo y por una interpretación a favor de la demandante, asumieron parte de los gastos cuando podían haber rechazado hacerse cargo de todo, primero porque el ingreso fue por médico ajeno a la entidad, y segundo porque aquél tuvo lugar en centro no concertado.

Sólo se hicieron cargo de todos los gastos aun estando en la Clínica La Luz cuando el doctor que la estaba atendiendo señor pasó a ser médico de ellos, lo que ocurrió en diciembre de 1994, e igualmente asumieron los costes de su estancia en aquella al pasar a ser concertada. En ningún momento han pretendido perjudicar a la actora, y si fue trasladada a la Clínica Nuestra Señora de América fue con la necesaria prescripción médica, y porque en la Clínica La Luz no se le podía hacer la prueba de gammagrafía hepato-biliar ya que la misma no tiene servicio de Medicina Nuclear; ya trasladada permaneció en aquel centro, siendo asistida por el doctor haciéndose cargo Adeslas, SA de todos los gastos.

En todo momento ha actuado en interés de la demandante, no pudiéndosele exigir que por actuar conforme a principios de liberalidad éstos deban ir más allá de lo concedido menos aún cuando los propios familiares de la actora asumieron mediante escrito hacerse cargo de todo lo no cubierto por ella, en consecuencia solicitó se desestimara la demanda con imposición de costas.

CUARTO.-

La juzgadora de instancia desestimó íntegramente la demanda. Por un lado rechazó que hubiera de ser condenada la demandada a abonar los gastos por asistencia farmacéutica en la Clínica La Luz y por otro igualmente negó que hubiera de hacerse cargo de los honorarios de los profesionales que la atendieron. La razón de esto último es porque los mismos fueron elegidos fuera del cuadro médico de Adeslas por lo tanto la actora era quien tenía que hacerse cargo de su abono, además de haberlo asumido sus familiares en su momento mediante el documento núm. 10 aportado; y en relación con los gastos de permanencia en la Clínica La Luz mantiene que tampoco han de ser pagados por la demandada porque no existe cobertura en la póliza en cuanto su ingreso fue por médico ajeno a la entidad demandada y el centro no era concertado, justificando por este último dato la discrepancia de trato al hacerse

cargo de los costes de asistencia en la Clínica La Paloma y no los derivados del de La Luz; considera la juzgadora que el estar o no concertada es causa que explica la diferencia de trato, y por tanto no existe una actuación de mala fe imputable a la actora, sino todo lo contrario porque habiéndose podido negar a pagar todos los gastos asumió parte de ellos, a la vez que da pleno valor al documento aportado bajo el número diez junto con la contestación a la demanda.

Notificada la sentencia es recurrida en apelación por la actora quien insiste en la no justificación del trato discriminatorio entre un ingreso y otro, debiendo hacerse una interpretación benéfica a favor de la actora más aún al ser el contrato de adhesión.

QUINTO.-

La cuestión litigiosa según lo expuesto está en determinar si debió o no hacerse cargo la demandada de todos los gastos derivados del ingreso de la actora en la Clínica La Luz, y si debe abonar a su vez los honorarios de los doctores y demás profesionales que la asistieron durante su enfermedad, tanto del doctor como del doctor como de otros profesionales médicos que prestaron servicios de broncoscopia, biopsias, etc., cuyo importe asciende según la actora a 2.217.400 ptas.

Para resolver es preciso no olvidar los hechos que están acreditados que son, no estar adscritos al cuadro de Adeslas ninguno de los médicos que prestaron sus servicios a la actora, así los doctores y no constar que el resto de profesionales formaran parte de los cuadros médicos de la Clínica La Luz; que el importe que reclama de 6.498.131 ptas. es la cantidad que la actora ha abonado a la Clínica La Luz por la asistencia prestada a ella durante su ingreso; que la Clínica La Paloma sí estaba concertada con la demandada cuando fue ingresada en ella la demandante, y que la Luz no lo estuvo durante su estancia en la misma, pasando a estarlo en enero de 1995; y que tanto el ingreso en una clínica como en otra fue por urgencias, lo que está admitido por la demandada en relación al ingreso en la Clínica La Paloma, y acreditado mediante la documental aportada por la actora en relación a la Clínica La Luz.

Es fundamental para resolver la cuestión litigiosa determinar cómo o a qué fue debido el ingreso, es decir, si fue programado o por el contrario urgente. La propia parte demandada reconoce que se hizo cargo de los gastos de la Clínica La Paloma porque el ingreso de la demandada fue urgente, por lo que estaba obligada por imposición legal, art. 103 de la Ley de Contrato de Seguro, a hacer frente a los gastos; en definitiva tenía que hacerse cargo de aquéllos al margen de que el ingreso fuera acordado por médico o facultativo del cuadro de Adeslas, SA o no, o que fuera la clínica a su vez concertada o no.

El seguro de asistencia sanitaria que era el que tenía suscrito el marido de la actora, del que la misma era beneficiaria era un seguro de enfermedad y de asistencia, regulado en la Ley de Contrato de Seguros y ApNDL 12928) art. 105 y art. 106, además de por las condiciones generales y particulares firmadas por aquél.

El art. 105 LCS dice: «Cuando el riesgo asegurado sea la enfermedad, el asegurador podrá obligarse, dentro de los límites de la póliza, en caso de siniestro, al pago de ciertas sumas y de los gastos de asistencia médica y farmacéutica. Si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinan».

Uno de los supuestos contemplados en este precepto es que el asegurador asuma directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos lo que significa que en contraposición con aquellas aseguradoras que se obligan frente a los asegurados a reembolsarles los gastos de la asistencia, en este caso la misma se hace cargo de forma directa de la organización y costo de la prestación de los servicios que el asegurado necesite, lo que implica la aportación de medios materiales como son clínicas, hospitales, etc., que son el medio para que los profesionales puedan prestar los servicios que le son propios. La prestación por la aseguradora a veces es directa en cuanto es titular del medio, pero en ocasiones ello no ocurre. Sólo en la organización de los medios materiales y también en la contratación de los profesionales necesarios cuyo coste asume el asegurador, en los que aparece una prestación de características particulares, es cuando se produce una prestación directa del asegurador, en la que habrá de tenerse en cuenta las normas reglamentarias a las que se remite el art. 105 LCS.

La prestación del asegurador se efectúa normalmente ofreciendo al asegurado un amplio cuadro médico, tanto respecto a la medicina general, cirugía y otras especialidades que el asegurado puede aceptar en forma más o menos amplia. Tradicionalmente se han venido utilizando los términos de servicios completos, limitados y restringidos; el costo de estos servicios es abonado por el asegurador a los médicos los cuales reciben por cada intervención, o acto médico una cantidad pactada por ellos con el asegurador. El asegurado ha de proveerse de los talonarios que le entrega el asegurador para el uso del servicio médico, todo ello en la forma regulada en la póliza.

De conformidad con este precepto y tal y como se infiere de la póliza de seguro, la modalidad de asistencia médica de la que era beneficiaria la actora es la referida, según la cual la entidad prestaba directamente los servicios a través del cuadro de médicos que tenía adscritos y mediante los Centros asistenciales que tenía

concertados y de los cuales tenía información la parte. Esto significa, según lo expuesto, que Adeslas en situaciones normales debería hacer frente a todos los gastos asistenciales siempre que los mismos estuvieran prestados por médicos adscritos a la entidad y en centros concertados, ahora bien, **cabe una excepción, es cuando el ingreso y la necesidad de asistencia médica tiene su origen en una urgencia, de conformidad con lo dispuesto en el art. 103 de la LCS que es aplicable por la remisión que al mismo hace el art. 106 de la misma Ley .**

El art. 106 LCS dice: «Los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria quedarán sometidos a las normas contenidas en la sección anterior en cuanto sean compatibles con este tipo de seguros».

La similitud del régimen convencional de los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria y el de accidentes es manifiesto, es por ello que el art. 106 proclama la aplicabilidad de las normas de los seguros de accidentes a los seguros de enfermedad y asistencia sanitaria. Y en base a esa remisión es de aplicación a este supuesto el art. 103 LCS que dice: «Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del asegurador, siempre que se ha establecido su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato. *En todo caso, estas condiciones no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente* ».

Este último párrafo viene a establecer una limitación a la libertad contractual en el sentido de que las condiciones de la póliza no podrán excluir las necesarias asistencias de carácter urgente.

Esta limitación implica que el asegurador debe cubrir el coste de la cobertura de esas asistencias, haciéndose cargo de los gastos derivados de ella, sin que sea válido el pacto que trate de reducir esa cobertura .

Las expresiones utilizadas en el precepto dan lugar a problemas de interpretación a la hora de saber cuáles son las necesarias asistencias, y cuáles las urgentes. Las necesarias asistencias han de entenderse como todos los gastos primeros y que son necesarios dada la gravedad de la lesión, como son los gastos de médicos, farmacéuticos y hospitalarios; estos gastos urgentes y necesarios no están sujetos a las limitaciones que se hayan podido establecer en la póliza para otros gastos, y menos a la liberalidad mal entendida de la parte prestataria. La Ley los ha puesto a cargo del asegurador aun en la hipótesis de que no se haya pactado que los gastos de asistencia sanitaria sean por su cuenta, más aún cuando como en este caso sí están pactados porque es el objeto del contrato.

En la práctica el otro problema es determinar cuándo hay o no urgencia o cuándo

ha cesado la misma, para lo cual debe tenerse en cuenta la prueba que se haya practicado.

SEXTO.-

La demandada se hizo cargo de todos los gastos de asistencia hospitalaria incluyendo los gastos farmacéuticos derivados del ingreso en la Clínica La Paloma pese a no concurrir los requisitos exigidos en la estipulación tercera de la condición general no por un acto de liberalidad, sino y al margen de ser aquella una clínica concertada, porque como indica en la contestación a la demanda existía una urgencia, es decir, cubrió todos los gastos de conformidad con lo dispuesto legalmente en el art. 103 de la LCS, y conforme a la condición primera de la póliza la cual transcribía lo dispuesto en el referido precepto.

La discusión o tema litigioso surge en primer lugar en relación con los gastos farmacéuticos de la Clínica La Luz, que han tenido que ser abonados por la actora al no hacerse cargo de ellos la demandada. Mantuvo en la instancia y ahora en esta alzada Adeslas, SA que no tiene que abonarlos, pero no da ninguna razón de ello que justifique que se haga cargo de parte de los gastos, concretamente estancia y gastos de quirófano, y no del resto igualmente necesarios para el restablecimiento de la actora. No es admisible el argumento de que si ha pagado parte es por un acto de mera liberalidad, ya que ello no tiene justificación dados los fines económicos que presiden su actividad. La razón por la que pagó parte de los gastos es la misma que por las que se hizo cargo de los gastos de la Clínica La Paloma la existencia de unas necesidades asistenciales urgentes, aunque ahora no lo admita.

El ingreso en la Clínica La Luz obedeció a una urgencia, así se recoge en el informe del doctor folio 110, siendo irrelevante que la orden fuera dada por un médico ajeno al cuadro de facultativos de la demandada, y ello resulta acreditado de los informes médicos aportados, lo que por otra parte fue conocido y admitido por la propia parte demandada, porque sólo por esta razón se justificaría la aceptación de parte de los gastos. Ahora bien, si el ingreso fue por motivo de urgencia no existe justificación, ni siquiera la ha alegado que explique el motivo por el que no se hizo cargo de todos los gastos, incluidos los farmacéuticos ya que no cabe establecer límite a aquella necesidad; urgencia que está acreditada mediante la prueba documental aportada, porque nada más ser ingresada hubo de ser operada y ello en varias ocasiones permaneciendo en la unidad de cuidados intensivos hasta noviembre de 1994 desde su ingreso el 14 del mismo mes, y era tal la gravedad, que no pudo ser trasladada a otro centro asistencial ya concertado por la demandada, como se evidencia no sólo de los informes existentes sino de la declaración del facultativo que la atendió el doctor Había urgencia también en este ingreso por lo que de conformidad con lo

dispuesto «in fine» en el art. 103 de la LCS la aseguradora estaba obligada a hacerse cargo de los gastos derivados de la asistencia médico-sanitaria a la actora.

Los gastos farmacéuticos y demás prestados por los servicios de la clínica La Luz deberían haber sido cubiertos por la demandada, quien no lo hizo. Esto nos lleva a examinar a continuación si pese a tener que cubrir esos gastos puede estar exenta al haber asumido los familiares de la actora su abono, según el documento constante al folio 207 y aportado como documento núm. 10 junto con la contestación a la demanda. La respuesta es negativa, no sólo, tal y como se ha dicho, porque estos gastos son de cuenta siempre incluso cuando están excluidos en la póliza, según mantiene la doctrina que interpreta el referido art. 103 LCS, sino porque no hubo una renuncia a tal beneficio en la forma que ha de ser exigida de conformidad con lo dispuesto en el art. 2 de la LCS; en primer lugar no puede pretenderse rechazar la reclamación por haber renunciado quien no era beneficiario, ello no es admisible en cuanto es requisito que *la renuncia sea personal*, exigencia doctrinal y jurisprudencial que no se cumple, pero además es que tampoco es *clara, terminante e inequívoca* en cuanto a estos gastos porque el documento no es lo suficientemente claro para poderse hacer tal afirmación ya que se limitaba a hacer una afirmación genérica de exclusión diciendo «... me comprometo a abonar los honorarios del equipo médico (Cirujano, Ayudantes y Anestésistas) y otros gastos de los que no haya recibido autorización de mi Compañía, siendo a cargo de Adeslas, SA exclusivamente el alquiler del quirófano y 17 días de estancia en la clínica arriba mencionada, a baremo de la Compañía», falta de concreción que se pone más de manifiesto primero cuando no está plenamente identificado en autos quién fue el que firmó, aunque es patente que no lo era la beneficiaria, y la demandada se hizo cargo de más días de estancia. La renuncia, dice el Tribunal Supremo (SSTS de 3-6-1991 31-10-1991 3-12-1994 5-4-1997 tiene que ser *personal, clara, explícita, inequívoca, terminante y sin duda sobre su significado, requisitos que no concurren en este supuesto*, por lo que no puede justificarse el pago a cargo de la demandante beneficiaria, quien tiene derecho a que le reembolse la aseguradora lo abonado por ella por su estancia en la Clínica La Luz.

SEPTIMO.-

La demandante no sólo reclama en este procedimiento la factura o facturas que pagó a la Clínica La Luz, sino además los honorarios de los profesionales que la atendieron tanto del doctor como del doctor y anestésistas, etc. Tal petición no la fundamenta en ninguna razón jurídica porque no lo es afirmar que el contrato es de adhesión, y que por ello debe interpretarse de forma más favorable a la beneficiaria por aplicación de la Ley de Consumidores y Usuarios y ApNDL 2943).

El fundamento de ser de cargo de la aseguradora los gastos antes referidos no es aplicable a estos honorarios, y ello porque si bien por razón de urgencia los mismos deben ser abonados por la entidad, ello lo es siempre que la prestación del profesional lo sea de urgencia, en el sentido de formar parte del cuadro médico del Centro que ha prestado la urgencia, lo que respecto del doctor no ocurre y así ha sido admitido por la parte actora, además de estar acreditado documentalmente que ninguno de ellos forma parte del Cuadro médico de la clínica La Luz, quien informó que el último de los profesionales indicados no operaba habitualmente siquiera en ese centro asistencial; y respecto de los otros honorarios no ha habido prueba, que recaía sobre la actora, según art. 1241 CC, acreditativa de ser profesionales que actuaron por pertenecer a la clínica en la que era asistida, es por ello y al ser la póliza de prestación directa de servicios a través de sus profesionales y centros adscritos, que no procede condenar a la entidad Aseguradora a su pago, en cuanto no entra la prestación de aquellos servicios en el concepto de urgencia recogido en el art. 103 de la LCS, sí hubiera procedido su pago a la demandante si se hubiera acreditado que la actuación de todos ellos era por ser profesionales de la Clínica La Luz, y por tanto actuar por urgencia, no por disposición específica de la actora que los contrató para ser atendida.

Procede hacer referencia por último a la alegación de que no se hizo cargo la demandada de los honorarios del doctor durante el período que va desde el 26 de noviembre al 26 de diciembre de 1994 pese a que ya pertenecía a su cuadro médico. Está acreditado que desde el 26 de diciembre de 1994 la demandada se hizo cargo de todos los gastos tanto los derivados de su asistencia en la clínica La Luz, como los posteriores en la Clínica Nuestra Señora de América, por tanto existiría un mes en el que podría haber incumplido su obligación al no pagar los honorarios del referido doctor, ahora bien, para ello debía haber probado la actora que aquél formó parte del cuadro de profesionales de Adeslas desde el 26 de noviembre de 1994, y cuáles eran los honorarios correspondientes a ese período; prueba que no ha existido ya que no es suficiente la testifical del mismo cuando el propio doctor no podía precisar la fecha exacta de su incorporación a la entidad demandada. Es ante esta falta de prueba que no procede, además de por lo anteriormente expuesto, condenar a pagar ni todo ni parte de los honorarios del referido profesional.

OCTAVO.-

De conformidad con todo lo expuesto, procede estimar parcialmente el recurso de apelación, estimando en parte la demanda y condenar a Adeslas, SA a pagar a la actora la cantidad de 6.498.131 pesetas más intereses moratorios desde la interposición de la demanda incrementados en dos puntos desde la sentencia de

conformidad con lo dispuesto en el art. 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no haciendo pronunciamiento respecto de las costas de la instancia, artículo 523 LECiv.

NOVENO.-

Estimado en parte el recurso de apelación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 710 de la LECiv no procede hacer pronunciamiento condenatorio respecto de las costas de esta alzada.

Vistos los artículos citados y demás de general y pertinente aplicación

FALLAMOS

En virtud de lo expuesto, el Tribunal *ha decidido estimar parcialmente* el recurso de apelación interpuesto por la representación de doña contra la sentencia dictada en el asunto a que se refiere el rollo de Sala por la Ilma. Sra. Juez del Juzgado de Primera Instancia núm. 2 de *Alcobendas* en 21 de octubre de 1996 y *revocar* en parte la sentencia de instancia, para en su lugar *estimar* parcialmente la demanda interpuesta por doña y *condenar* a la demandada Adeslas, SA a pagar a aquélla la cantidad de seis millones cuatrocientas noventa y ocho mil ciento treinta y una pesetas -6.498.131 ptas.- más intereses moratorios desde la interposición de la demanda incrementados en dos puntos desde sentencia, no haciendo pronunciamiento sobre las costas de ninguna de las instancias.

Remítanse las actuaciones originales al Juzgado de su procedencia, con certificación de la presente y despacho para su cumplimiento y efectos oportunos.

Al notificar esta resolución hágasele saber a las partes que contra la misma podrán interponer recurso de casación.

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

PUBLICACION. -En el mismo día de la fecha, fue leída y publicada la anterior Sentencia por la Ilma. Sra. Magistrada Ponente D^a Rosa María Carrasco López; hallándose celebrando Audiencia Pública la Sala que la dictó; doy fe.