

# **CUESTIONES CONTROVERTIDAS DE LA LEY 35/2015 de RCSCVM Y SU RESPUESTA EN LOS TRIBUNALES**

**D. Manuel Castellanos Piccirilli**  
**Abogado**  
**Mediador de Seguros**  
**Director Gabinete Jurídico MCP Abogados**  
**Presidente ANAVA-RC.**

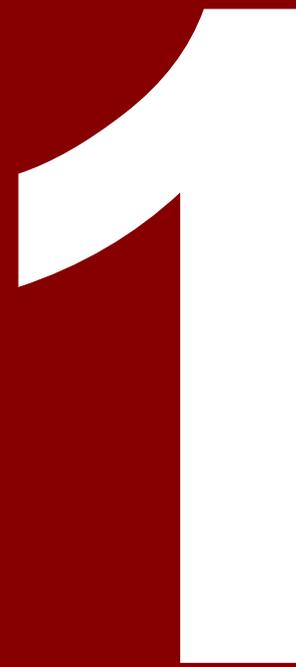
**Madrid. Marzo 2019.**

# Índice de contenidos:

1. La Prueba pericial en fase judicial ex-post al procedimiento de la OM del art. 7.
2. La vinculación a la cuantía ofrecida en la respuesta motivada.
3. El Criterio de Intensidad del art. 135.1 d).
4. El Criterio Cronológico del art. 135 b).
5. El Perjuicio Personal Particular de los arts. 136 a 139.
6. Lucro cesante por lesiones temporales del art. 143.
7. Gastos futuros de los arts. 113 a 116.
8. Informes médicos ajustados al sistema del art. 37.
9. El Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas de los arts. 107-109.
10. Intereses del art. 20 LCS por incumplimiento requisitos OM.



# La Prueba pericial en fase judicial ex-post al procedimiento de la OM del art. 7 LRCSCVM



## La Prueba pericial en fase judicial ex-post al procedimiento de la OM del art. 7.

### CASO PRÁCTICO:

En la respuesta motivada no se acompaña informe médico definitivo o no se reconoce al lesionado y, tras la demanda, en el escrito de oposición de la aseguradora, mediante otro sí, se solicita, una prueba pericial sobrevenida o un reconocimiento médico del informe pericial presentado, alegando el cumplimiento del art. 336.4 y 5 LEC.



## 1.- La Prueba pericial en fase judicial ex-post al procedimiento de la OM del art. 7.

**OTROSÍ DIGO**, que de conformidad con lo dispuesto en **Artículo 336**, apartado 5, de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que establece que *“...Asimismo, cuando se trate de reclamaciones por daños personales, podrá instar al actor para que perita su examen por un facultativo, a fin de preparar un informe pericial.”*, a mi derecho interesa **se acuerde su práctica y se requiera a la demandante para que se avenga a ser reconocida por el perito médico que ha elaborado el informe aportado por mi parte en el presente escrito**, a fin de poder realizar un examen directo de las lesiones derivadas del accidente, algo que no se ha podido realizar con anterioridad a la presentación del presente escrito, viéndose obligado a realizar el informe médico aportado sobre el estudio de la documentación aportada de contrario.

**SUPLICO AL JUZGADO**, tenga por hechas las anteriores manifestaciones y acuerde la práctica de la prueba anticipada interesada. **Es Justicia.**

1.- La Prueba pericial en fase judicial ex-post al procedimiento de la OM del art. 7.

**TERCER OTROSI DIGO que, que,** en relación al informe pericial aportado, **solicita esta parte autorización para que por el Doctor** **se proceda al reconocimiento y exploración de** **la lesionada accionante** en la fecha que la parte actora señale, siempre con la antelación suficiente a la fecha en la que se acuerde la celebración de la Audiencia Previa del presente procedimiento, a fin de que por los peritos se pueda ratificar o rectificar su informe con el resultado de la exploración y, en su caso, facilitar el acuerdo entre las partes, al amparo de los artículos 335 a 345 LEC- 2000, y al objeto de que de contrario no se pueda oponer como motivo de impugnación del informe emitido la inexistencia de exploración para la emisión del dictamen.

## 1.- La Prueba pericial en fase judicial ex-post al procedimiento de la OM del art. 7.

*Artículo 7. Obligaciones del asegurador y del perjudicado.*

**3. Para que sea válida** a los efectos de esta Ley, la oferta motivada deberá cumplir los siguientes requisitos:

c) Contendrá, de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga para la valoración de los daños, **incluyendo el informe médico definitivo**, e identificará aquéllos en que se ha basado para cuantificar de forma precisa la indemnización ofertada, de manera que el perjudicado tenga los elementos de juicio necesarios para decidir su aceptación o rechazo.

*Artículo 37. Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración.*

**3. Los servicios médicos proporcionarán** tanto a la entidad aseguradora como al lesionado el **informe médico definitivo que permita valorar las secuelas, las lesiones temporales y todas sus consecuencias personales**. A los efectos del artículo 7.3.c) de esta Ley, carecerá de validez la oferta motivada que no adjunte dicho informe, salvo que éste se hubiera entregado con anterioridad.

**Artículo 336.** Aportación con la demanda y la contestación de dictámenes elaborados por peritos designados por las partes.

5.- A instancia de parte, el juzgado o tribunal podrá acordar que se permita al demandado examinar por medio de abogado o perito las cosas y los lugares cuyo estado y circunstancias sean relevantes para su defensa o para la preparación de los informes periciales que pretenda presentar. Asimismo, **cuando se trate de reclamaciones por daños personales, podrá instar al actor para que permita su examen por un facultativo, a fin de preparar un informe pericial.**



ST. AP Granada de 17 de marzo de 2018 (1)

...la citada recurrente impugna la valoración de las lesiones, en razón a lo que considera **improcedente inadmisión de la prueba pericial médica** que fue solicitada en su escrito de contestación a la demanda, de conformidad con el **art. 337 de la LEC**, una vez deducida en el acto de la vista la oportuna protesta contra el auto, de fecha 19 de julio de 2017, desestimatorio de la reposición contra el mencionado acuerdo denegatorio. Dicho auto fundamentaba la denegación en la improcedencia de tal proposición, al no haber hecho uso de la facultad de acudir a dictamen pericial previo a la respuesta u oferta motivada que le concede a la aseguradora el art. 7.2 de la LRCSCVM (RCL 2004, 2310) ; lo que, entiende la Juzgadora de instancia, le impide hacer valer en el procedimiento el medio pericial al que dejó de acudir en el trámite prejudicial de determinación del alcance de las lesiones discutidas. No obstante lo cual, por la apelante se mantiene la pertinencia de la prueba denegada, en razón al derecho a la tutela judicial efectiva que, en el presente caso, y al no venir expresamente vedado por el citado art. 7 el acceso a la pericial en el procedimiento, aún en caso de incumplimiento de los deberes del asegurador propios del trámite de reclamación previa, se considera ha de alcanzar al derecho de defensa, concretado en la plena disponibilidad de los medios probatorios reconocidos en la ley procesal .



ST. AP Granada de 17 de marzo de 2018 (2)

Que, a la vista de lo anterior, es claro que no estamos ante un caso de limitación del derecho de defensa, por improcedente denegación del acceso a los medios de prueba reconocidos a favor de cualquiera de las partes en el litigio. Antes al contrario, nos encontramos ante el desplazamiento del trámite de valoración y determinación del alcance de las consecuencias dañosas, el cual, conforme a la especialidad que en esta materia establece el repetido art. 7 de la LRCSCVM (RCL 2004, 2310) , se anticipa a la fase prejudicial, obligatoria y contradictoria que en el mismo se regula. De tal forma que no nos encontramos ante interpretación favorable a limitación alguna de medios de defensa, con tintes de sumariedad, en perjuicio de la aseguradora; sino **ante las consecuencias de la pasividad de la compañía en la intervención en el trámite previo** de conformación de los elementos de conocimiento que permiten a ambas partes, con todas las garantías, acudir al litigio en caso de ausencia de acuerdo o mediación; impeditiva de la posibilidad de admisión en el procedimiento de aquellos medios de defensa que omitió en el momento legalmente previsto al efecto. Siempre en el bien entendido que tan solo se limita la posibilidad de proponer prueba pericial médica con reconocimiento del perjudicado, para valorar la situación que debió ser concretada por la participación de la compañía en el trámite prejudicial. Pero no de aquellos otros medios, incluso periciales, que vinieran a desvirtuar la posición mantenida en la demanda, como pudieran ser los derivados del acaecimiento de hechos nuevos, o bien de la constatación (documental o testifical) de hechos contradictorios con el estado residual subsiguiente a la emisión de los informes de la demanda.



### **Providencia del J. 1ª.I nº. 1 de Fuenlabrada de 17 de mayo de 2018**

*... parece desprenderse que la práctica de la pericial que ahora se solicita debió realizarse con carácter extrajudicial y previo a la oferta motivada. De admitirse una pericial en este momento procesal ello implicaría que la oferta motivada es inválida. La necesidad de pericial previa viene especialmente determinada para que el perjudicado disponga de los elementos de juicio necesarios para aceptar o rechazar la oferta motivada, y en su caso para que solicite las periciales complementarias del apartado 5.*

*La práctica de nueva pericial tras la oferta motivada, a instancia de la aseguradora desvirtúa la finalidad del trámite extrajudicial legalmente impuesto.*

### **Auto del J. 1ª. I nº. 41 de Barcelona de 10 de octubre de 2018.**

*...Este Juzgador hace propios los razonamientos de la sentencia de la SAP de Granada (sec.5ª) de 16 de marzo de 2018, máxime cuando en el caso de autos resulta que no consta que la aseguradora demandada intentara en modo alguno explorar y examinar al ahora demandante, ni consta tampoco negativa alguna por parte de éste a tal posibilidad conforme a la normativa de la LRCSCVM invocada en el recurso. De hecho lo único que consta documentado son los intentos del demandante para conseguir cuantificar y consensuar en su caso los daños y perjuicios, no constando ninguna oferta ni respuesta motivada por parte de la demandada.*

**Artículo 336.** Aportación con la demanda y la contestación de dictámenes elaborados por peritos designados por las partes.

1. Los dictámenes de que los litigantes dispongan, elaborados por peritos por ellos designados, y que estimen necesarios o convenientes para la defensa de sus derechos, habrán de aportarlos con la demanda o con la contestación, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 337.
2. Los dictámenes se formularán por escrito, acompañados, en su caso, de los demás documentos, instrumentos o materiales adecuados para exponer el parecer del perito sobre lo que haya sido objeto de la pericia. Si no fuese posible o conveniente aportar estos materiales e instrumentos, el escrito de dictamen contendrá sobre ellos las indicaciones suficientes. Podrán, asimismo, acompañarse al dictamen los documentos que se estimen adecuados para su más acertada valoración.
3. Se entenderá que al demandante le es posible aportar con la demanda dictámenes escritos elaborados por perito por él designado, si no justifica cumplidamente que la defensa de su derecho no ha permitido demorar la interposición de aquélla hasta la obtención del dictamen.
4. El demandado que no pueda aportar dictámenes escritos con la contestación a la demanda deberá justificar la imposibilidad de pedirlos y obtenerlos dentro del plazo para contestar.
5. A instancia de parte, el juzgado o tribunal podrá acordar que se permita al demandado examinar por medio de abogado o perito las cosas y los lugares cuyo estado y circunstancias sean relevantes para su defensa o para la preparación de los informes periciales que pretenda presentar. Asimismo, cuando se trate de reclamaciones por daños personales, podrá instar al actor para que permita su examen por un facultativo, a fin de preparar un informe pericial.

**La vinculación a la cuantía ofrecida en la  
respuesta Motivada**

**2**

## La vinculación a la cuantía ofrecida en la respuesta Motivada

### DOCTRINA ACTOS PROPIOS:

“El principio general de derecho que veda ir contra los propios actos ("*nemo potest contra proprium actum venire*"), como límite al ejercicio de un derecho subjetivo o de una facultad, cuyo apoyo legal se encuentra en el art. 7.1 del Código Civil, que acoge la exigencia de la buena fe en el comportamiento jurídico, y con base en el que se impone un deber de coherencia en el tráfico sin que sea dable defraudar la confianza que fundamentalmente se crea en los demás, precisa para su aplicación la observancia de un comportamiento (hechos, actos) con plena conciencia de crear, definir, fijar, modificar, extinguir o esclarecer una determinada situación jurídica, para lo cual es insoslayable el carácter concluyente e indubitado, con plena significación inequívoca, del mismo, de tal modo que entre la conducta anterior y la pretensión actual exista una incompatibilidad o contradicción, en el sentido que, de buena fe, hubiera de atribuirse a la conducta anterior " ( Sentencia del Tribunal Supremo núm. 249/2003 (Sala de lo Civil), de 13 marzo, Recurso de Casación núm. 3353/1998, que cita las sentencias de 28 de enero de 2000 y la de 9 de mayo de 2000).

En el mismo sentido, tiene declarado el Tribunal Supremo que " El principio del derecho que prohíbe ir contra los actos propios encuentra apoyo legal en el artículo 7.1 del Código Civil . La jurisprudencia sobre este principio es muy abundante. Como resumen, se deben citar los **requisitos** que se han venido exigiendo para que pueda aplicarse este principio general, que son: **a) que el acto que se pretenda combatir haya sido adoptado y realizado libremente; b) que exista un nexo causal entre el acto realizado y la incompatibilidad posterior; c) que el acto sea concluyente e indubitado, por ser "expresión de un consentimiento dirigido a crear, modificar y extinguir algún derecho generando una situación desacorde con la posterior conducta del sujeto "** ( sentencias de 21 de febrero de 1997 [ RJ 1997\1906]; 16 febrero 1998 [ RJ 1998\868]; 9 mayo 2000 [ RJ 2000\3194]; 21 mayo 2001 [ RJ 2001\3870]; 22 octubre 2002 [RJ 2002\8777] y 13 marzo 2003 [RJ 2003\2582], entre muchas otras" (Sentencia Tribunal Supremo núm. 291/2006 (Sala de lo Civil, Sección 1), de 21 abril, RJ 2006\4604).



OM se considera como acto propio. Postura indemnizatoria clara y concluyente que no puede desconocer posteriormente.

- AP de Madrid (Sección 9ª) Sentencia núm. 441/2018 de 25 octubre

La oferta motivada que realizó Mapfre se efectuó con fecha 19 de mayo de 2016 (folio 92 de los autos) en cumplimiento del artículo 7 del T.R. de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, en la redacción dada por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre. Se califica expresamente en ese escrito como "oferta motivada", y se dice que se ha determinado según el baremo aplicable que publica dicha Ley. Se trata de una verdadera oferta motivada y la aseguradora estaba obligada a formularla, si bien no fue aceptada por el lesionado sr. Armando.

Sobre si esa oferta puede considerarse **acto propio** que vincula a la aseguradora, aunque no es unánime la doctrina de las Audiencias Provinciales, **esta Sala se inclina por aceptar su consideración como acto propio y la vinculación de la aseguradora en el posterior proceso a lo reconocido en la oferta hecha.** Así se sostiene en las sentencias de la Sección 10ª de la Audiencia Provincial de Madrid de 6 de abril de 2018 (recurso 18/2018), de la Sección 5ª de la Audiencia Provincial de Alicante de 24 de enero de 2018 (recurso 792/2017) y otras que esta última cita, como la sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra de 16 de noviembre de 2015 y la de la AP de Burgos, Secc. 3ª, de 13 de diciembre de 2007. La misma postura refleja la sentencia de la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Gerona de 23 de noviembre de 2017 (recurso 516/2017), que cita otras: SAP de A Coruña, Secc. 4ª, de 23 de septiembre de 2015 y SAP de Córdoba, Secc. 1ª, de 5 de junio de 2015.

La oferta de indemnización que realizó Mapfre supone que conocía los datos de hecho y los informes médicos precisos para realizarla, **configurándose una postura indemnizatoria clara y concluyente que no puede desconocer posteriormente**, dado que admitió que el perjudicado había estado 95 días impedido para sus ocupaciones habituales y que había sufrido una secuela, admisión que ha de condicionar cualquier alegación posterior de la aseguradora.



OM NO EQUIPARABLE CON LOS TRATOS PRELIMINARES. VINCULA AUNQUE HAYA ENTREGA A CUENTA.

- AP de Asturias (Sección 5ª) Sentencia núm. 88/2017 de 3 marzo

Empezando por el **carácter vinculante de la oferta hecha por la demandada a la actora en fase preprocesal y su consecuente reflejo en el alcance del objeto de este proceso** y de la contradicción entre partes, no se asume el criterio de que la ausencia de plena conformidad de la perjudicada con la oferta en su día hecha libera a la entidad ofertante para, después en juicio, poder defenderse sin quedar obligado por el contenido de la predicha oferta.

**La oferta** (obligada y regulada en el art. 7 de la LRCSCVM) **no puede ni debe equipararse, como parece entender la recurrida, con los tratos preliminares** (que, como regla general, no vinculan), **sino que, por le contrario, vincula a la oferente** (la entidad aseguradora) si por el perjudicado se acepta y se hace entrega del dinero con fines solutorios, aunque sea a cuenta, pues así lo prescribe el precitado art. 7.3 y se recoge en la oferta motivada del caso; en cuanto que advierte de que **el pago de la suma de la oferta no está condicionada a la renuncia de derechos por el perjudicado en caso de que, por derecho, le correspondiese suma mayor de la ofertada y satisfecha (folio 71) y le vincula, en todo su contenido, es decir, en cuanto a las partidas indemnizatorias reconocidas de resarcir.**

Así tenemos que en la oferta se reconocieron 30 días hospitalarios (son 31, pero no está en liza esta partida indemnizatoria), 90 impenitivos y 40 no impenitivos, sendas secuelas y los gastos relativos a farmacia (andador y taburete), rehabilitación y asistencia domiciliaria.

Por tanto, lleva razón la recurrente en que el Tribunal de la instancia debió de partir de aquel presupuesto (daños reconocidos), concretando la controversia a los que no lo fueron (número de días impenitivos, 99 frente a 90; de días no impenitivos 78 frente a 40, puntuación del perjuicio estético y gastos rechazados relativos a sillón, rehabilitación, baño y billete de avión (implícitamente rechazado, pues no se relaciona entre los expresamente admitidos en los folios 70 y 71).

**El Criterio de intensidad del art. 135.1 d) LRCSCVM**

**3**

## El Criterio de intensidad del art. 135.1 d)

Artículo 135. *Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral.*

1. Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes:

d) De intensidad, que consiste en la adecuación entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la intensidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.



Justificación para el  
art. 135 LRCSCVM

**A**

## **Quebec Task Force on Whiplash and Associated Disorder, and the Task Force on Neck Pain (2000-2010). (Grupo de trabajo Quebec)**

A través de los cuales la OMS, adopta la definición ofrecida por *Spitzer* (1.995) en la que se establece que *el latigazo cervical es una aceleración-desaceleración con transferencia de energía a la región cervical donde se pueden lesionar los tejidos blandos o huesos, y en ocasiones es posible que se produzcan una gran variedad de manifestaciones clínicas.*

En el mismo sentido, con el propósito de armonizar o estandarizar los tipos de traumatismos de columna, **la OMS ha propuesto una clasificación que va desde grado 0** (no hay molestias ni signos físicos) **hasta el IV**, donde se considera como traumatismo cervical leve "TCL" los grados I y II del mismo, que son los más habituales. Éstos implican dolor y rigidez en el cuello sin signos físicos o con leve disminución de la movilidad y dolor puntual, respectivamente. La mayoría de los llamados esguinces cervicales causados por un accidente de tráfico se engloban en el grado I y II de la progresión, siendo escasos los traumatismos cervicales de grado III y IV.

## **B** El protocolo de Barcelona

En el año 2.002 se celebró, en la Torre MAPFRE de Barcelona, una reunión de una **Comisión de Estudio sobre el Síndrome del Latigazo Cervical**, con la idea de emitir un informe, denominado: *Propuesta Protocolo de actuación y valoración del síndrome del latigazo cervical*, cuyas conclusiones comenzaban de la siguiente forma: *“Dada la relevancia que el síndrome del latigazo cervical, pese a ser una patología benigna, tiene en los accidentes de tráfico, por su frecuencia y por la repercusión social, tanto en los costes asistenciales como indemnizatorios, y con el objeto de que la II Jornada de Aspectos Médico Prácticos en la Valoración del Daño Corporal sea participativa, provechosa y podamos elaborar unas conclusiones beneficiosas para todos los médicos que nos dedicamos a la valoración del daño corporal, formamos una Comisión de Estudio del Síndrome del Latigazo Cervical para elaborar un protocolo de actuación y de valoración del mismo, objeto de debate de dicha Jornada”*.

Es un hecho que **no acudieron representantes de víctimas de accidentes de tráfico**. La comisión estaba formada por el Presidente, el Vicepresidente, el Secretario y el Tesorero de la Asociación Catalana de Médicos Forenses; el Dr. Pujol Robinat (al que posteriormente haremos de nuevo referencia, que entonces era Médico Forense de Barcelona, y hoy es Jefe de Servicio de la Clínica Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Cataluña); la Directora y la Inspectora Médica del CRAM. (antiguo Centro de Reconocimiento y evaluación Médica de la Generalitat); la Dra. Domínguez Cacho, como responsable médico de MAPFRE (que aún hoy continua como Jefe de Servicio Médico Territorial DGT Sur de MAPFRE España, en Málaga); el Dr. Urrea, como asesor médico de la aseguradora ZURICH; el Dr. Sauca, como asesor médico de WINTHERTUR; y el Dr. Roca, como asesor médico de la aseguradora CATALANA- OCCIDENTE.

# C

## El convenio de Asistencia Sanitaria

Suscrito entre la gran mayoría de las aseguradoras y los centros asistenciales, pretende como objeto la asistencia sanitaria *integral*, tanto hospitalaria como ambulatoria, prestada a los lesionados por *hechos de la circulación* hasta su total sanación o estabilización de secuelas.

El **Anexo I del Convenio**, relativo a las tarifas, contempla en su apartado IX (sobre el módulo raquis vertebral), otra de las definiciones de lo que la Ley 35/2015 denomina traumatismo menor de la columna vertebral:

*“Traumatismo cerrado sobre el raquis vertebral con afectación exclusiva de partes blandas, sin patología orgánica asociada”.*

# D

## Del trámite parlamentario al resultado final.

La tramitación del anteproyecto de ley de reforma por la vía de urgencia, prescindiendo, por tanto de los informes consultivos, y su rápida tramitación parlamentaria en la Comisión de Economía y Competitividad (con competencia legislativa plena, conforme al [artículo 148](#) del [Reglamento del Congreso](#)) hacen inviable conocer su concreta intención o, al menos, la intención real del legislador sobre su finalidad.

El régimen específico que el artículo 135 establece para los traumatismos menores de columna vertebral es desarrollado sin que el legislador explique en el Preámbulo ni su razón, ni su finalidad; extraña la ausencia de explicación sobre su inspiración.

El Gobierno, en el trámite parlamentario de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, ha intentado incluir el concepto de *biomecánica* (cuya referencia si se incluía en el Proyecto de Ley), por un lado, e incluir la palabra *excepcionalmente*, cuando se refería a la posibilidad de indemnizar secuelas (Artículo 135.2); no obstante, **ambos intentos fueron suprimidos en el Congreso de los Diputados al acogerse varias enmiendas de distintos grupos parlamentarios que abogaban por la desaparición de ambos términos.**

Dictamen 3/2016 del Fiscal de Sala, D. Bartolomé Vargas Cabrera. Coordinador de Seguridad Vial, sobre la Ley 35/2015, de 22 de septiembre.

Madrid, a 13 de julio de 2016

5.5 Régimen de los traumatismos menores de columna (art. 135) **El art. 135 desarrolla un régimen específico para los traumatismos menores de columna vertebral sin que el legislador explique en el Preámbulo su razón de ser en un concepto como éste que sabido es constituye partida muy relevante en el total de indemnizaciones que abonan las entidades aseguradoras. No se dice si lo inspira, como parece, el deseo de atajar el fraude existente, pues sobre él no hay cuantificaciones fiables ni tampoco, correlativamente, sobre las lesiones reales de este orden y sus consecuencias. La tramitación del anteproyecto de ley de reforma por la vía de urgencia, prescindiendo, por tanto, de los informes consultivos y su rápida tramitación parlamentaria en la Comisión de Economía y Competitividad (con competencia legislativa plena, conforme al artículo 148 del Reglamento del Congreso) hacen inviable conocer la finalidad.**

23ª. Los criterios de causalidad de los traumatismos cervicales menores de columna vertebral del art 137 **no pueden significar un régimen privilegiado para este tipo de lesiones que no tendría justificación sino la explicitación de los criterios genéricos de causalidad del derecho de daños que sólo tienen consecuencias en el deber reforzado de motivación del informe médico.** Se indemnizan como secuela cuando se haya producido la estabilización con el mismo régimen que las demás definidas en el art 93. La expresión “informe concluyente” no significa la exigencia de una prueba de eficacia especial al margen de las normas generales de la LEC y LECr.

# **E** Analysis of human test subject kinematic responses to low velocity Rear end impacts, o la traducción del estudio de Mcconnell.

En la página 3 de dicho artículo (a pie de página figura nº 21), dentro del apartado *“METHODS”*, encontramos el sub apartado *“TEST SUBJECTS”*, y dentro de este último, en las líneas 7 a 11, se incluye el siguiente texto: *“... Four healthy volunteer male test subjects, ranging in age from 45 to 56, completed pretesting physical evaluations including radiographic imaging studies of the cervical, thoracic and lumbar regions of their spines.”*

Este estudio, por tanto, tuvo como sujetos de las pruebas (“test subjects”) a cuatro voluntarios sanos (“four healthy volunteer”), todos varones (“male”), de edades comprendidas entre los 45 y 56 años (“ranging in age from 45 to 56”), y que habían superado unas previas evaluaciones físicas, que incluyeron la toma de radiografías de su columna vertebral: cervicales, tórax y lumbares (“completed pretesting physical evaluations...”).

¿A un estudio realizado sobre cuatro varones, todos voluntarios (es decir, advertidos de las colisiones que iban a sufrir), sanos y con buena salud (es decir, sin constancia de la existencia o no de patologías previas), los cuatro con edades comprendidas entre 45 y 56 años (es decir, ninguna mujer, ningún niño o niña, ningún joven hombre o mujer, ni ningún anciano o anciana),... se lo puede calificar, como un *“... ensayo clínico contrastado en base a un método científico...”* cuyas conclusiones puedan ser extrapoladas a cualquier tipo de ocupante de un vehículo colisionado? Entendemos que la respuesta no puede ser más que negativa.

- ¿A quienes interesan estos informes?
- ¿Quién los paga?
- ¿Con qué intención?

# “Colisión de baja intensidad” y artículo 135 de la ley 35/2015

**¿La ley habla de “colisión de baja intensidad”?**

**NO.** La ley habla de criterios de causalidad genérica, en donde solo uno de ellos hace referencia a la “intensidad”.



**¿Y a que se refiere esta intensidad de la que habla la ley?**

- Adecuada entre la lesión sufrida y el mecanismo de producción:  
**“INTENSIDAD DEL TRAUMA”**



# Criterios del art. 135 LRCSCVM.

1- Criterio de exclusión:



2- Criterio cronológico:



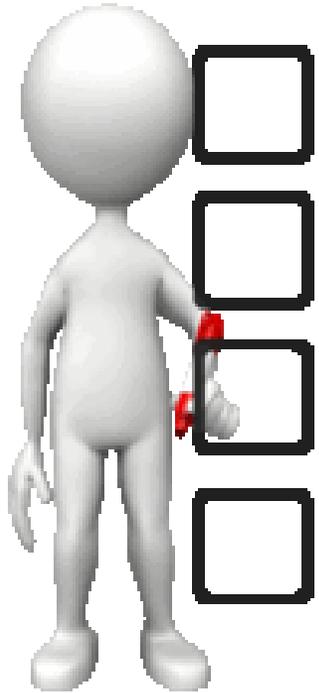
3- Criterio topográfico:



4- Criterio de intensidad:  
“INTENSIDAD DEL TRAUMA”



# “Biomecánica del impacto”



Factores que inciden en el resultado:

- a. Edad de los ocupantes.
- b. La masa de los ocupantes.
- c. Propiedades del material de los vehículos.
- d. Características del vehículo.
- e. Posición del lesionado al momento de la colisión.
- f. ¿El vehículo tiene mecanismos de seguridad?
- g. Diferencia de velocidad entre el vehículo bala y diana.
- h. Si estaba alerta la víctima al momento del accidente.
- i. Posición del reposa cabezas.



## Causalidad física (impacto) y causalidad jurídica (conductor responsable)

- AP de A Coruña (Sección 5ª) Sentencia núm. 289/2016 de 28 julio

"...dicho informe se basa en datos genéricos y teóricos. Los ensayos de colisión a baja velocidad realizados por el Centro de Experimentación y Seguridad Vial de Mapfre se llevaron a cabo con vehículos Hyundai i30, Opel Insignia y Audi A3, no con un Peugeot 106, que era el vehículo en el que circulaban los demandantes. Reconoce el perito que no tuvo en cuenta las características del vehículo, el número de ocupantes, sus características físicas, su posición, etc; y que desconoce la velocidad de los vehículos en el momento anterior a la colisión, o si se encontraban parados o en movimiento. Dice que se basa únicamente en los daños que presentaban los vehículos, no obstante, reconoce que no los vio (solo fotografías), y, si bien indica que el Peugeot no tenía daños en los soportes de los faros, sin embargo, del presupuesto aportado por la actora (incorporado en el informe pericial), resulta que el paragolpes delantero está roto interiormente. Por otra parte, se dice en el informe que los requisitos de homologación para los paragolpes de los vehículos a motor en Europa, indican que dichos elementos deben resistir un impacto a una velocidad de 4 km/h sin que se produzca rotura o deformación permanente, por lo que, Si El paragolpes del Peugeot ha resultado levemente dañado, el impacto tuvo que ser del orden de esa velocidad, no obstante, no consta que se hubiese verificado que el Peugeot cumpliese los requisitos de homologación de los que habla.

**En lo que respecta a la causalidad física, viene dada por el impacto o colisión por alcance de ambos vehículos, que no se discute en la litis. A la proximidad física y espacial de los dos acontecimientos cuyo ligamen conforma el nexa causal -el impacto y las dolencias físicas- hemos de añadir que la mecánica accidental es también compatible con la tesis sostenida en la demanda.** Una colisión por alcance es susceptible de provocar daños personales como los que presentaban los demandantes.

**También concurre la llamada "causalidad jurídica".** Resulta claro que los daños personales sufridos por los demandantes deben ser imputados objetivamente al conductor del vehículo Audi A3 con arreglo al art. 1.1 LRCSCVM ( RCL 2004, 2310 ) , pues la conductora del otro vehículo implicado en el siniestro, Sra. Ariadna , no contribuyó causalmente al mismo. Tampoco se ha alegado -ni probado- la existencia de un supuesto calificable como fuerza mayor extraña a la conducción.

**El informe pericial biomecánico no es suficiente, a nuestro juicio, para desvirtuar las conclusiones que acabamos de exponer sobre la existencia de nexa causal, ya que el elemento subjetivo cuenta, no teniendo todo el mundo la misma respuesta ante un mismo impacto, dependiendo también de su salud, posición en el vehículo... Remitiéndonos a las valoraciones acertadamente recogidas al respecto en la resolución recurrida no cabe sino concluir que la metodología seguida en la confección del dictamen no ha sido muy rigurosa, pues su autor no ha examinado directamente las fuentes de prueba ni a los sujetos afectados, sino que se han analizado datos teóricos y genéricos relativos a otros modelos de vehículos y las fotografías de los vehículos de forma interesada.**



## Informe biomecánico contrario a la reglas de la lógica

- AP de Valencia (Sección 8ª) Sentencia núm. 176/2018 de 6 abril

El informe Biomecánico que aportó la aseguradora demandada considera el siniestro como un mero "roce" de ambos vehículos y calcula la velocidad del impacto entre 2-4 km/h lo que resulta por completo contrario a las reglas de la lógica dado que eso equivaldría al "roce" habitual entre vehículos durante una maniobra de estacionamiento en línea y no al que es consecuencia de la circulación por una vía de incorporación a una autovía proveniente de una carretera comarcal. Con un impacto a esa velocidad, no solo no existiría daño alguno, sino que los conductores no se habrían molestado en rellenar el parte amistoso que obra al folio 6 ni tampoco el actor hubiera acudido seguidamente a urgencias, ni le hubieran atendido ni diagnosticado, tras las debidas pruebas, una contusión en la espalda, ni prescrito tratamiento médico que aparece en el informe de alta.

Tampoco puede prevalecer frente al informe medico forense el emitido por el Doctor Mas Vila (doc. núm 2 de la contestación) toda vez que, no sólo se confecciona por encargo e interés de la Aseguradora que lo contrata, sino que se emitió sin reconocer ni revisar al lesionado, sin disponer del informe médico forense y, sobre todo, sin referencia alguna a los partes de baja o alta laboral de la Mutua Universal de Valencia.

**Incluso su conclusión primera excede de su ciencia entrando abiertamente en el terreno de la valoración probatoria**

Dicho informe médico se emite teniendo en cuenta tanto el informe de urgencias del mismo día del accidente- folio 85- y, sobre todo, en base las conclusiones del citado informe biomecánico de la empresa UPRA, conclusiones que, como ya se ha dicho, toman como cierta una velocidad de colisión entre los vehículos que no resulta verosímil.



## “Informes biomecánica” vs. “Informes médicos”.

AP de Barcelona (Sección 19ª) Auto num. 101/2018 de 23 marzo

Y debe ser así porque como señala la SAP, Civil sección 2 del 31 de marzo de 2017 (ROJ: SAP GI 788/2017 - ECLI:ES:APGI:2017:788 (JUR 2017, 273941) ): "...conviene recordar que es reiterada la Jurisprudencia del Tribunal Supremo (SS de 6 de mayo de 2016 , 15 de enero , 23 de octubre y 27 de noviembre de 2015 , entre otras), que respecto a la valoración de **los informes periciales biomecánicos o de reconstrucción del accidente vienen declarando que, por sí solos, no son suficientes para desvirtuar la relación de causalidad, si se acredita la existencia de lesiones por los correspondientes informes médicos;** así se hace referencia en dichas resoluciones a que el hecho de la levedad de la colisión o la escasa entidad de los daños materiales en modo alguno puede considerarse como determinante para romper el nexo causal en base a un informe biomecánico que especula retrospectivamente sobre la velocidad del impacto que conllevaría el que no debiera producir ningún tipo de lesión, si dichas afirmaciones no son avaladas por informe médico que pudiera atribuir otra etiología diferente a las lesiones existentes, que resultan acreditadas por informes de asistencia de la sanidad pública."

Además, hemos dicho en nuestra SAP de Barcelona, Civil sección 19 del 08 de Noviembre del 2012 ( ROJ: SAP B 12665/2012 ): " El Médico Forense goza evidentemente de una superior objetividad e imparcialidad y, en consecuencia, de fuerza de convicción ...". Sobre todo lo anterior si el informe pericial de la ejecutada se basa en la prueba pericial biomecánica , de cuyo valor probatorio ya hemos tratado con anterioridad.

Con carácter previo y, como consideración preliminar, debe indicarse -necesariamente- que vuelve a someterse a la consideración de este Tribunal un hecho de la circulación consistente en una colisión por alcance de baja intensidad entre dos vehículos de motor (en este caso, fronto lateral), como consecuencia del cual uno de los conductores implicados resultó con una lesión diagnosticada de "latigazo cervical". En todos los casos de esta naturaleza examinados por este Tribunal, confrontan los posicionamientos de la parte actora, amparado por los correspondientes partes de lesiones e Informe Médico final, con los de la parte demandada, que niega que el suceso pudiera haber ocasionado el resultado corporal cuyo resarcimiento económico se reclama, aportando un Informe Médico contradictorio con el anterior, y -en buena parte de los casos (no en el presente) un Informe de Biomecánica sobre la forma en la que podría haberse producido el siniestro- y demostrativo -a juicio de la parte demandada- de que, por la entidad del impacto, no era posible la producción de tales daños corporales. En este contexto, vuelve a plantearse -decimos- la misma (o análoga) problemática litigiosa que se resolverá, en esta Resolución, de la misma forma en la que se han dirimido las anteriores, cuando -como sucede en el presente supuesto- debe dotarse de preponderancia acreditativa a los medios de prueba aportados por la parte actora; por lo que -incluso desde este momento- podría aseverarse que, reiterando nuestro criterio, el Recurso de Apelación interpuesto habrá de ser íntegramente estimado.



## Importancia de los informes médicos por encima de la “biomecánica”.

AP de Cáceres (Sección 1ª) Sentencia núm. 173/2018 de 19 marzo

Es cierto que el accidente de circulación se conforma como una colisión por alcance de baja intensidad, en el sentido de que el impacto entre ambos vehículos fue ligero; ahora bien, ello no significa que el resultado corporal que pudiera ocasionarse fuera también mínimo en la medida en que la patología que pudiera sufrir la víctima depende de un elenco de factores que no necesariamente tienen que conducir a la existencia de un resultado lesional leve, mínimo, ligero o, incluso, inexistente. De este modo, el criterio de la parte demandada se fundamenta en un Informe Médico Pericial sobre el nexo causal, que, sin embargo, es de corte teórico, lo que difumina su eficacia acreditativa.

En las colisiones por alcance de baja intensidad, los daños corporales que habitualmente se producen se concretan en lo que se denomina "latigazo cervical", es decir, un movimiento brusco de aceleración o parada del tronco, que da lugar a una inclinación de la cabeza en sentido contrario, con la correspondiente flexión de la columna cervical, tensionando los músculos y los ligamentos del cuello más allá de su rango normal de movimiento, a los que se asocian diversos síndromes, como serían el cervical, el cérvico-braquial, el cérvico-medular o el cérvico-cefálico. La entidad de la lesión que puede producir un "latigazo cervical" no sólo se encuentra en función de la intensidad de la colisión, sino también de la situación de la propia víctima, es decir, de su constitución física, altura, peso, edad, colocación o posición en el vehículo o, incluso, de la postura que adoptara en el habitáculo en el momento del impacto; de tal modo que una colisión por alcance de baja intensidad puede determinar un resultado lesivo de mayor alcance, sin que esta circunstancia implique una situación de desproporción entre el siniestro y el resultado. A nuestro juicio, la conclusión que alcanza el Informe Médico realizado a instancia de la parte demandada no es atendible porque se basa en datos puramente teóricos, de tal modo que no puede afirmarse, sin más, que no existe nexo causal cuando se apoya en una mera conjetura sin haberse procedido a la exploración personal de la lesionada. **Adviértase que el estado lesional de la demandante fue seguido facultativamente hasta su sanidad médica, es decir, dicho resultado fue constatado clínicamente, siendo de destacar que el diagnóstico de la lesionada se encuentra en sintonía con las lesiones apreciadas a la demandante desde la primera asistencia facultativa, aun cuando esta se produjera diez días después del accidente de circulación, dada la absoluta compatibilidad del siniestro con el resultado lesivo corporal ocasionado.** Los Informes Médicos incorporados a las actuaciones a instancia de la parte actora describen el tratamiento y justifican las consecuencias temporales hasta la estabilización lesional por el hecho traumático y posterior sanidad médica, y adquieren mayor trascendencia probatoria que el Informe Médico realizado a instancia de la parte demandada, sobre todo porque se fundamenta en la vigilancia de las lesiones con la inmediatez de los reconocimientos de la propia lesionada; informes que -reiteramos- no son incompatibles ni contradictorios con los Informes de Fisioterapia que constan incorporados a las actuaciones; por lo que, en definitiva, la Demanda será estimada en el "quantum" indemnizatorio solicitado por la parte actora, que -como también se ha indicado- no ha sido objeto de discusión por la entidad aseguradora demandada..



## Informe de biomecánica parcial y sin rigor al caso concreto

AP de Girona (Sección 2ª) Sentencia núm. 107/2018 de 9 marzo

Y ello con independencia del resultado de **la prueba pericial biomecánica, basada en criterios científicos generalizadores, desconociendo aspectos particulares que sin duda resultan ineludibles para emitir un criterio acorde a las reglas de la sana crítica**, como es el estado de detención o en marcha del vehículo impactado por alcance, el resultado inmediato de la colisión con traslado en ambulancia de los perjudicados, ( lo cual evidencia un efecto lesivo corroborado por los informes clínicos), la diferencia de masas entre los vehículos accidentados, el tipo de asiento del vehículo ocupado por los lesionados, la posición en que se encontraban en el interior del turismo al producirse el impacto, lo cual es determinante en el resultado personal de la colisión...

Por lo que el escaso daño material sufrido por el vehículo impactado, y las consecuencias basadas en argumentos científicos de carácter general y fórmulas estereotipadas contenidos en el informe biomecánico , aplicados a unas personas, no merecen mayor credibilidad como para sostener en ellos la inexistencia de una relación causal que otras pruebas documentales, ajenas a criterios empíricos, contradicen.

Cuando no se toman en cuenta múltiples factores que pueden influir en la producción de las lesiones a partir de una colisión por alcance, por pequeña que sea, tales como las características anatómicas del lesionado, su posición en el vehículo y en el momento de la colisión, que determina efectos diferentes al no resultar, en determinadas circunstancias, eficaz la función protectora del reposacabezas; el lugar de impacto del vehículo, más centrado o lateralizado, la imprevisibilidad de la colisión, la colocación del cinturón de seguridad, la situación de detenido o en marcha del vehículo impactado... etc., hace que no sean dignas de acogimiento las conclusiones de un informe de esa naturaleza que parte de premisas apriorísticas generalizadas e interesadas, pues la relevancia de las lesiones por colisiones de bajo alcance no siempre dependen de la gravedad de los desperfectos de los vehículos, siendo los informes médicos, cuando existen, como es el caso, los que proporcionan objetividad a las lesiones y a la trascendencia de las mismas, tal y como tiene dicho ya este mismo tribunal en Auto de 22 de enero de 2018 .



Relevancia de la situación y circunstancias de la víctima. “Criterio unánime”

AP de Cantabria (Sección 2ª) Sentencia núm. 124/2018 de 2 marzo

En relación con la escasa intensidad del golpe y su insuficiencia para causar daños personales, afirmación que la aseguradora sustenta en el informe **biomecánico** aportado, es oportuno recordar que, como señala por ejemplo la sentencia de la Audiencia Provincial de Zaragoza de 16 de enero de 2018 (ROJ: SAP Z 61/2018 ), " **Es unánime el criterio asentado por las Audiencias Provinciales sobre la eficacia probatoria de los informes Biomecánicos en el sentido de que la entidad de la lesión que puede producir un "latigazo cervical" no sólo se encuentra en función de la intensidad de la colisión, sino también de la situación de la propia víctima, es decir, de su constitución física, altura, peso, edad, colocación o posición en el vehículo o, incluso, de la postura que adoptara en el habitáculo en el momento del impacto; de tal modo que una colisión por alcance de baja intensidad puede determinar un resultado lesivo de mayor alcance, sin que esta circunstancia implique una situación de desproporción entre el siniestro y el resultado. // La conclusión alcanzada por los informes periciales presentados por la parte demandada (...) no son en absoluto concluyentes porque se basan en datos puramente teóricos, de tal modo que no puede afirmarse, sin más, que no existe nexo causal cuando se apoya en una mera conjetura dimanante de la velocidad a la que podría circular el vehículo que colisionó contra el que se encontraba detenido para concluir que no existe nexo causal con el resultado lesivo reclamado**".

De acuerdo con ese criterio el informe de INPENOR carece de valor probatorio para desvincular del accidente las lesiones de las que fueron atendidos los actores y por las que siguieron tratamiento durante varias semanas hasta alcanzar la estabilidad; lesiones que cumplen los **criterios de causalidad genérica establecidos en el art. 135 LRCSCVM (RCL 2004, 2310)** pues no medie otra causa diferente del accidente que justifique "totalmente" la patología; la sintomatología apareció a las pocas horas según se desprende de los partes de urgencias; y existe una clara relación entre la zona corporal afectada y colisiones por alcance, incluso de baja intensidad.



Valoración “en conjunto” de la prueba.

AP de Cáceres (Sección 1ª) Sentencia núm. 134/2018 de 26 febrero

Este motivo ha de correr igual suerte desestimatoria, porque **la Juzgadora de instancia ha tenido en cuenta el conjunto de las pruebas** practicadas, antes examinadas, concluyendo que no han sido desvirtuadas por referido Informe de **Biomecánica**.

Como bien se dice en la sentencia de instancia, **el informe biomecánico no es suficiente para desvirtuar el contenido de los distintos informes médicos**. El alcance de las lesiones es una cuestión esencialmente médica respecto de la cual se otorga un mayor valor probatorio a los informes médicos de urgencias y de seguimiento de la paciente, que al informe biomecánico aportado por la parte demandada, en el cual, únicamente, a partir de los daños de los vehículos y su valoración, se aplican unas fórmulas matemáticas y se concluye que no existe nexo causal entre el accidente y las lesiones reclamadas.

Se trata de un informe basado en cálculos matemáticos teóricos que pueden servir de base general para este tipo de accidente, pero **no ha tenido en cuenta las particularidades que en este caso han podido existir**, y que han conducido a los facultativos a considerar la existencia de lesiones derivadas del accidente.



El criterio de intensidad es “uno mas” de los criterios a tener en cuenta.

AP de Asturias (Sección 6ª) Sentencia num. 80/2018 de 23 febrero

Frente a esa especial idoneidad de los informes médicos, **no puede prevalecer en este caso el informe biomecánico sobre análisis de la intensidad de la colisión obrante en autos practicado a instancia de la aseguradora demandada, por el CENTRO ZARAGOZA** (Instituto de investigación sobre vehículos S.A.) y ratificado y explicado en el acto del juicio por el coautor del mismo Sr. Juan , **en el cual en base a los estudios teóricos** que se detallan, llega a la conclusión a partir de los datos observados determinan que las aceleración media experimentada por el vehículo Citroën C3 a consecuencia de la colisión con el vehículo Audi 4, estuvo comprendida entre 1,4 y 1,5 G, mientras que su variación de velocidad como consecuencia del impacto recibido, estuvo comprendida entre 6,4 y 6,7 km/h, valores que, según los estudios epidemiológicos que correlacionan violencia de colisión y riesgo de lesiones, originarían un riesgo nulo de sufrir lesiones estructurales asociadas a latigazo cervical para los ocupantes del vehículo Citroën C3. Se basa como el mismo explicó de ensayos realizados, se trata de un cálculo físico y se compara con datos médicos de estudios epidemiológicos realizados.

**La ausencia de virtualidad probatoria suficiente de tales informes técnicos para restar eficacia a los informes médicos, deriva del hecho de que los datos o estudios prácticos de que parten los técnicos que lo han elaborado están basados en colisiones por alcance de vehículos distintos a los implicadas en el accidente de circularon aquí enjuiciado, y se lleva a cabo el mismo sin conocer en absoluto las circunstancias en que éste tuvo lugar, ni tomar en consideración otros factores que vienen reputándose relevantes para justificar la producción de lesiones, tales como la posición del cuerpo de la ocupante del vehículo, el factor sorpresa que supone el alcance por detrás súbito, su estado físico, peso et**

(Art. 135 LRCSCVM...) **De tal regulación resulta que la intensidad del golpe es uno más de los criterios de causalidad que debe ser tomado en consideración para determinar ese nexo causal entre accidente y lesiones, dentro del resto de variables que contempla, que en este caso concurren todas, así el de exclusión porque no existe prueba de antecedente traumático previo o posterior al accidente que justifique las lesiones que les fueron diagnosticadas al actor y, por el contrario, el lapso temporal entre su aparición y la producción indiscutida del accidente avalan esa relación causal pues su acreditación médica lo fue en plazo próximo a las 72 horas, como también la corrobora el criterio topográfico o de localización de lesiones en cuanto éstas se producen esencialmente a nivel cervical, la más expuesta en este tipo de accidentes de alcance por detrás.**

Es por ello que en este caso **el citado informe de biomecánica , carece de eficacia probatoria suficiente para restar eficacia probatoria a los informes médicos, que ponen de manifiesto que la colisión por leve que fuera causó en este caso las lesiones que aquí se reclaman.**



La intensidad es uno de los criterios, pero hay otros...

AP de Pontevedra (Sección 6ª) Sentencia num. 58/2018 de 21 febrero

La parte recurrente insta la revocación de la sentencia y desestimación de la demanda, invocando la inexistencia de nexo causal. Y acude a un dictamen pericial biomecánico de la entidad "**Valora**" de fecha 30 de diciembre de 2015 y al informe de valoración de daño corporal suscrito por el Dr. Cristobal, que toma como fuente aquel informe biomecánico .

Efectivamente, como ya se ha dicho en anteriores resoluciones, **uno de los criterios de causalidad que debe analizarse es el de la intensidad, que consiste en la adecuación física entre la lesión sufrida y el mecanismo de su producción, teniendo en cuenta la entidad del accidente y las demás variables que afectan a la probabilidad de su existencia.** Y es que no existen dudas, en términos de generalidad, acerca de la relación entre el impacto (representado por el cambio de velocidad de un vehículo durante el tiempo en que está en contacto directo con el otro vehículo durante la colisión) y el potencial lesivo del mismo.

El informe biomecánico , para desarrollar el análisis del siniestro y las eventuales consecuencias, toma en consideración, entre otros datos, el análisis de los daños materiales de ambos vehículos. Al igual que ocurre con el dictamen médico del Dr. Cristobal, que expone: "Los casi inexistentes daños del vehículo no permiten estimar los criterios de causalidad cuantitativos y de proporcionalidad con las lesiones". Sin embargo, ambos informe ignoran la valoración de los daños del vehículo en que viajan los ahora demandantes. De modo que no se trata de conclusiones rigurosas y aceptables.

En definitiva, se produce una colisión entre dos vehículos; **la colisión, que va precedida del brusco frenado de uno de los móviles, tiene cierta intensidad y en el reconocimiento médico practicado se aprecia a los dos ocupantes de uno de los vehículos sendos esguinces cervicales, por lo que debe declararse la existencia de relación de causalidad entre el siniestro y las lesiones en función de las que se reclama la indemnización.**



Referencia a la Ley de la transferencia de la energía.

AP de Valladolid (Sección 1ª) Sentencia num. 76/2018 de 22 febrero

La Sentencia de instancia valora y califica correctamente referidas documentales (médicas) y somete a crítica y contradicción el informe pericial biomecánico presentado, cuando advierte que el mismo, sin desdén de su valor técnico, adolece de no pocas omisiones e insuficiencias. Así, **se omite toda consideración a las circunstancias personales y físicas y coetáneas en las que se encontraba la demandante cuando se produce la colisión: factor sorpresa (no se esperaba el golpe, cuestión no baladí en la producción de las lesiones, pues se carece del mecanismo reflejo de defensa,...), su complexión, edad o fortaleza física para resistir el impacto, sus posibles lesiones antecedentes, se introduce como parámetro de velocidad del vehículo de la demandada al tiempo del impacto, la de 9 Km/h (¿), cuando al parecer sería no inferior a los 20 Km/H, concretas circunstancias del vehículo y habitáculo del vehículo de la demandante (cinturón de seguridad, reposacabezas, asiento,...) para receptionar el impacto,...etc.** Se fundamenta el recurso, sobre los criterios de aplicación de la fórmula NIC para predecir el riesgo de lesión en el cuello midiendo la carga en el cuello antes de su impacto con el reposacabezas (¿), y sobre la aplicación del programa de software MADYMO de no fácil inteligencia y sobre los que no se fundamenta sobre la concreta introducción de los parámetros (velocidad supuesta, aceleración y velocidad relativas entre T1 y columna vertebral, incremento de velocidad para provocar lesiones,...) y sobre la existencia en el vehículo de la actora, de la "bola" trasera para enganche de remolques, que resistiría totalmente el impacto lo que justificara la casi inexistencia de los daños en su vehículo, lo que precisamente daría lugar, en su caso, a **la aplicabilidad de la teoría del péndulo de Newton, basada en la ley de transferencia de energía. (La naturaleza de esta teoría describe como la energía no se crea o se destruye, sino que pasa de un cuerpo físico a otro).** Por todo lo cual el recurso de apelación promovido debe ser rechazado con íntegra confirmación de la Sentencia dictada en Instancia.



Hay que examinar los vehículos, el lugar y al lesionado. Cálculos estimativos.

AP de Madrid (Sección 18ª) Sentencia núm. 68/2018 de 20 febrero

Sobre la no consideración del informe técnico y de **biomecánica** aportado por la hoy apelante, ha de estimarse, que también al contrario de lo entendido por dicha parte, la resolución recurrida si lo valora, y toma en consideración que como afirmaron **los peritos, no examinaron los vehículos implicados ni tampoco el lugar del accidente, ni habían podido prever las energías absorbidas por el accidente, que solo habrían sido estimativas. Por último, no se habría examinado siquiera a la lesionada, ni se habría considerado su posición al momento de sufrir el accidente.** Por ello, la valoración realizada por el Juzgador de Instancia sería plenamente correcta. Por último, también aparece como sustentado documentalmente la valoración de las lesiones padecidas por la actora, tal y como se refleja en la Sentencia de instancia, no habiendo sido contradichas a los efectos de dejarlas sin efecto, mediante la oportuna prueba por la parte demandada y hoy recurrente.



Criterio más laxo. Las lesiones por sí mismas demuestran relación causa-efecto si el informe de Biomecánica no atiende a las circunstancias de caso.

**AP de Islas Baleares (Sección 3ª) Sentencia núm. 72/2018 de 14 de febrero**

La nimiedad de los daños y la levedad del impacto sí fueron tenidos en cuenta, tanto por el perito de la actora para realizar su dictamen (como así señaló cuando lo ratificó en el acto del juicio) como por la Magistrada de instancia, quien, como no podía ser menos, a la vista de la prueba practicada, señaló en su resolución que no era posible negar que la intensidad del impacto no fue fuerte "no sólo por el informe de biomecánica " sino también por la escasa entidad de los daños que sufrió el vehículo de la actora.

En definitiva, la sentencia recurrida no hace más que aplicar el criterio que sobre las colisiones de baja intensidad mantiene este Tribunal, pues **consta acreditado que el actor a consecuencia de la colisión tuvo lesiones y éstas por sí solas ya constituyen un elemento suficiente para considerar existente la relación de causalidad y justificada la reclamación, sin que el informe de biomecánica confeccionado a instancias de la aseguradora demandada, que no atiende a las circunstancias concretas del caso, pueda servir para desvirtuar esa conclusión, por lo que, siendo el parecer de la Sala que debe respetarse la pericial médica del Sr. Mauricio también en relación a la valoración de las lesiones, convenimos que el recurso interpuesto debe ser íntegramente desestimado, pues, constando que la reclamación previa a la aseguradora no fue atendida por ésta, tampoco puede prosperar su pretensión de dejar sin efecto la condena al abono de los intereses del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro (RCL 1980, 2295) desde la fecha del accidente.**



No está médicamente probado la inexistencia de lesiones en alcances sin daños.

AP de Granada (Sección 3ª) Sentencia núm. 325/2017 de 25 octubre

Respecto del objeto de la prueba pericial hay que tener en cuenta que puede recaer sobre un elemento de prueba o sobre una inferencia, es decir, [cuando se trata] de verificar un hecho como mostrar cuál es la ley científica o la máxima de experiencia técnica que explica la relación entre dos fenómenos" y sin "olvidar la relación de inmediatez entre el perito y la fuente de prueba y la duración de aquella inmediatez."

Finalmente, señalaba esta Sentencia de la A.P. de Salamanca, lo decisivo a la hora de valorar este tipo de prueba es, junto con lo ya señalado, el "tener en cuenta las operaciones cognitivas que vertebran el informe pericial dado que en el mismo tan importante como la conclusión es el camino que se sigue para llegar a ella." .

Esto es, tener en cuenta las fuentes de conocimiento, los razonamientos, las teorías y metodología y máxime de la experiencia para valorar, desde la sana crítica, si esas conclusiones se ajustan a la lógica, al estado actual de la ciencia, a conocimientos contrastados entre los técnicos del gremio de referencia, en relación con las técnicas utilizadas y la disponibilidad de medios técnicos y operaciones realizadas que les lleve a unas conclusiones que sean coherentes, tanto con los datos, razonamientos y técnicas seguidas, como con el resto de las pruebas practicadas.

Pues bien, en este último contexto la SAP de Madrid (Sec. 10ª) de 30 de junio de 2014 , tras recordar que la SAP de Murcia (Sec. 5ª) de 12 de febrero de 2013 ya dejó señalado respecto a la frecuencia en que se asegura A estas presunciones la Sentencia den este tipo de informes la inexistencia de lesiones en todas las colisiones por alcance con escasos daños materiales en los vehículos que "en modo alguno dicha afirmación se corresponde con un axioma ni está médicamente acreditado la imposibilidad de que se produzcan lesiones de tipo cervical y no toman en cuenta ni la forma en la que se produce el golpe, lo esperado del mismo por los lesionados, la edad o estado de salud antecedente..." .

En la A.P. de Madrid citada vino a añadir que **"la bibliografía especializada sobre biocinemática en los accidentes del tránsito motorizado permiten concluir que tomando en consideración que el latigazo cervical es un mecanismo de transferencia de energía al cuello, por aceleración/deceleración, se debe precisar que no existen bases científicas para afirmar que las lesiones agudas del latigazo cervical no conducen a dolor crónico, ni tampoco que las colisiones por alcance, que no provocan daños en los vehículos no puedan causar tales lesiones. Sin olvidar que la colisión no se individualiza por la zona o área de impacto, sino por su dirección y sentido, esto es, por el vector del impacto." .**



Cabe que un golpe de gran intensidad no ocasione lesiones y otro de mínima expresión acarree serias consecuencias.

AP de Vizcaya (Sección 4ª) Sentencia núm. 562/2017 de 8 septiembre

26.- En el segundo y tercer motivos del recurso se cuestiona la valoración de la prueba que condujo a concluir que había relación de causalidad entre el golpe habido y las lesiones y gastos médicos por los que se reclama, porque se estima incorrectamente ponderada, enfatizando que no se ha tenido en cuenta la prueba biomecánica que se aportó y que concluye que no es posible apreciar tal relación de causalidad.

33.- Luego se extiende el recurso en justificar la importancia de la prueba biomecánica , que la sentencia recurrida, en uso de la sana crítica que permite el art. 348 LEC (RCL 2000, 34) , aparta ante la compatibilidad de los dictámenes médicos con el golpe reconocido por el asegurado de la recurrente en el parte amistoso.

34.- **La prueba biomecánica tiene una importancia relativa. Sus consideraciones suelen ser generales, casi siempre contrarias a la relación de causalidad, e incompatibles con realidades cambiantes como la posición más o menos ortodoxa del ocupante del vehículo, su alerta ante un eventual impacto, la existencia de elementos de protección como reposacabezas, el correcto funcionamiento de las sujeciones de seguridad, o la edad y condiciones físicas de los afectados. Ya se ha dicho que cabe que un golpe de gran intensidad no ocasione lesión alguna, y que otro de mínima expresión acarree serias consecuencias.** Quienes lo emiten, además, no consta que tengan formación médica. Que la sentencia recurrida haya preferido atender al dictamen de los facultativos y apartar el dictamen biomecánico es razonable, porque son los primeros quienes tienen competencia profesional para opinar sobre la compatibilidad de lesiones físicas con un choque.



Informes biomecánicos son teóricos y han de valorarse en relación con los demás elementos de prueba

**AP de León (Sección 2ª) Sentencia núm. 69/2017 de 8 marzo**

Pero no se puede obviar que el mencionado informe biomecánico, viene a ser un análisis teórico, basado como se indica en el mismo, -en ensayos reales con voluntarios humanos y a baja velocidad-, y que las conclusiones no pueden ser tomadas con absoluta fiabilidad en cuanto que cualquier variación en los parámetros que se toman como referente pueden dar unos resultados que se alejan de la realidad, al tiempo que ha de tenerse en cuenta que la propia posición en la que se encuentre colocado en el momento de la colisión la persona afectada también puede incidir de forma importante en el resultado final, y que no responde igual una persona prevenida, que ya está alerta para afrontar el impacto, que otra desprevenida, y que no es lo mismo ante impactos de igual intensidad, la respuesta de un cuerpo humano que otro, por lo que es difícil considerar que la baja intensidad de un impacto excluye necesariamente unas lesiones como las que presenta la demandante, por otra parte también es de tener en cuenta que los daños del vehículo Seat León matrícula ....-LRQ contra el que colisiona el vehículo asegurado con la recurrente, tasados en 969,17 euros, revelan que la intensidad del golpe no fue tan nimia como se trata de demostrar.

Además, aunque en el parte amistoso en la casilla de víctimas figura, no, sin embargo no se puede obviar que producido el accidente a las 8,55 horas del 10 de junio de 2015, Dª Aurelia recibe una primera asistencia facultativa a las 12,33 horas del mismo día de la colisión en el Complejo Asistencia de León, presentando a su ingreso una cervico- lumbalgia por contusión postraumática, lesiones de cuyo seguimiento se encargó el Dr. Laureano, y quien finalmente realizó el informe que ha servido de base a la lesionada para formular la reclamación por días de incapacidad y secuelas, que se reclama en el juicio, y que ha sido debidamente concretadas por la Juzgadora de instancia, con el objeto de establecer la indemnización finalmente señalada en la sentencia de instancia. Es cierto que la actora sufrió otro accidente de similares características en el año 2011, teniendo entonces el mismo tipo de lesiones, que las padecidas en el que ahora nos ocupa, pero dicha circunstancia, no es suficiente, para negar la realidad de las que se constatan el 10 de junio de 2015, y si bien puede que tuviera la zona del cuerpo afectada más sensibilizada, el nuevo accidente, a la vista de la documental médica aportada al procedimiento, es el que en todo caso se revela, como desencadenante de las dolencias que se vuelven a manifestar con ocasión del mismo.

En definitiva, **sin descartar el interés que puedan presentar los informe biomecánicos, lo cierto es que han de ser valorados en relación con los demás elementos de prueba**, y en este supuesto, nos encontramos con una pronta atención médica, pues la primera asistencia médica se produce apenas unas horas después de producirse la colisión, seguida de la baja médica laboral por accidente fechada un día después de producirse el mismo, quedando constatada a su vez la atención médica dispensada al poco de producirse el accidente y el seguimiento de las lesiones llevada a cabo por el Dr. Laureano, por ello no cuestionándose la realidad del accidente, ni la realidad de los daños materiales del vehículo, sin duda se ha de considerar que existen datos suficientes para tener por acreditado el nexo causal, entre el accidente y la cervico-lumbalgia que se le diagnostica a D. Aurelia, a consecuencia de la colisión.

# Criterio cronológico del Art. 135. b) LRCSCVM

4

## El Criterio Cronológico del art. 135.1 b)

Artículo 135. *Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral.*

1. Los traumatismos cervicales menores que se diagnostican con base en la manifestación del lesionado sobre la existencia de dolor, y que no son susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias, se indemnizan como lesiones temporales, siempre que la naturaleza del hecho lesivo pueda producir el daño de acuerdo con los criterios de causalidad genérica siguientes:

**b) Cronológico, que consiste en que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable. En particular, tiene especial relevancia a efectos de este criterio que se hayan manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este plazo.**



Criterio cronológico + Criterio intensidad. Improcedente automatismo del protocolo de Barcelona

AP de Barcelona (Sección 14ª) Auto núm. 39/2019 de 31 enero

En este caso LDA no presentó prueba pericial mecánica ninguna, limitándose a una pericial médica sin examen de la paciente y **con aplicación en dicha pericial del automatismo del protocolo Barcelona sobre las 72 horas que se aceptarían como "norma general" de plazo para acudir a la primera asistencia médica para establecer nexo de causalidad en este caso típico de síndrome de latigazo cervical, aquí sobrepasado con creces**, pues nos dice la dirección apelante que no fue hasta 101 horas después del siniestro que la persona accidentada acudió a recibir asistencia médica, añadiendo la apelante lo que establece el art. 135 de la nueva Ley 35/2015, de 22 de septiembre (RCL 2015, 1435) , sobre criterios para la indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral, apartado 1.b, criterio cronológico, que consiste en que la sintomatología aparezca en tiempo médicamente explicable, en particular tendría especial relevancia a efectos de ese criterio que se hubiesen manifestado los síntomas dentro de las setenta y dos horas posteriores al accidente o que el lesionado haya sido objeto de atención médica en este caso.

Por tanto, solo a *maiore* podemos referirnos a lo que dijo el AAP de Barcelona, Sección 17ª, de 15.10.2014, número 328/2014 , en un caso similar: "**a nuestro criterio**, que ya hemos tenido ocasión de exponer al analizar pericias prácticamente idénticas a la que nos ocupa basadas sobre todo en consideraciones generales de la literatura científica física que se apoyan en estudios estimativos estadísticos, **no son atendibles las razones que ofrecen estos peritos para justificar la certeza de dicha premisa, y consideramos que sus conclusiones no sobrepasan el estadio de las meras conjeturas carentes de datos objetivos que las corroboren en el caso de autos.**"

La valoración conjunta del material probatorio nos lleva a la misma conclusión que el auto apelado respecto de la existencia de esa relación causal evidente de la documentación médica y del informe médico forense obrantes en la causa, sin que a ello obste que transcurrieran más de 72 horas entre la primera asistencia facultativa y el accidente en que se vio involucrada la lesionada ejecutante, ni el resto de elementos probatorios resaltados por la aseguradora apelante, en especial **los factores a tener en cuenta** del protocolo de Barcelona, así por ejemplo, **en cuanto a la confirmación del diagnóstico inicial por una radiología funcional del raquis cervical, hiperflexión e hiperextensión, no menciona para nada la explicación dada por la ejecutante de la razón médica por la que no quiso exponerse a una radiografía a la sazón.**

En cuanto a que el dolor subjetivo podría obedecer a muchas otras circunstancias, estamos de acuerdo en que ese dolor es un mero síntoma subjetivo, pero se contradice con el criterio de proximidad cronológica que ya se viene usando, consagrando en idéntico art. 135 de la Ley 35/2015 , aún no vigente. También el criterio de exclusión favorece a la apelada, aparte del topográfico o mejor anatómico, que puede usarse aunque no esté vigente todavía dicho art. 135.



No puede acogerte como un automatismo. Depende de otros factores.

- AP de Barcelona (Sección 17ª) Sentencia núm. 764/2018 de 25 octubre

La citada ley entró en vigor el 1 de enero de 2016, por lo tanto con posterioridad al accidente de autos ocurrido el 6 de julio de 2015, al que le es aplicable la normativa anterior. Ahora bien, sea como fuere, **los criterios que recoge la vigente legislación** bien pueden servir de guía para determinar la procedencia o no de una reclamación por traumatismos menores en la columna vertebral pues, en realidad, **no hacen mas que recoger criterios que se han tenido en cuenta tradicionalmente en la jurisprudencia para juzgar este tipo de lesiones.**

El accidente tuvo lugar, como hemos referido, el 6 de julio de 2015, y el Sr. C.A. acudió al CAP el 13 de julio y la Sra. B. el 15 de julio, es decir, al séptimo y noveno día tras el siniestro, y desde el que son derivados al centro médico Ortex. Los informes de esta clínica reflejan que el actor tenía cervicalgia y lumbalgia, y la actora cervicalgia y omalgia. Ambos se sometieron a tratamiento médico y a rehabilitación funcional. La realidad de las lesiones y secuelas no se discuten por la parte demandada.

Ciertamente el citado art. 135 introduce un plazo de 72 horas para la manifestación de los síntomas o la asistencia médica, sin embargo **no puede acogerse una interpretación literal del mismo con efectos de puro automatismo en su aplicación por cuanto: primero, la norma se refiere al mismo como un plazo de "especial relevancia", no absoluto o abstracto, el cual habrá de valorarse siempre junto con las demás circunstancias concurrentes en el caso concreto y las demás pruebas del proceso; segundo, dicho plazo debe entenderse como orientativo, pues cada persona responde ante un traumatismo de forma distinta tanto en el tiempo como en la forma y consecuencias; y tercero, en el referido precepto se recogen también otros criterios de causalidad genérica exigibles para que proceda la indemnización de traumatismos menores de la columna vertebral, y que en este concurren todos ellos.**



Baja intensidad y a los 5 días. Prevalecen criterios clínicos del traumatismo cervical.

- AP de Albacete (Sección 1ª) Sentencia núm. 322/2018 de 27 septiembre

Tras analizar el resultado de las pruebas practicadas ha de concluirse que aunque la colisión no fuese de gran intensidad no cabe poner en duda de que existió una colisión de otro vehículo con la furgoneta ocupada por la recurrente ya que así se desprende del parte de declaración amistosa y de las 2 fotografías aportadas desprendiéndose de la descripción de daños que en la furgoneta ocupada por la recurrente hubo que sustituir la puerta delantera izquierda, mientras que en la ambulancia también hubo de procederse a la sustitución del paragolpes delantero, del faro derecho así como reparar el frontal y el capó delantero, por lo que dicha colisión perfectamente pudo ocasionar un traumatismo cervical del que derivaron molestias a la actora que no cabe descartar por el hecho de que la actora no recabase asistencia hasta cinco días después cuando acudió a urgencias al persistir las molestias, pues en los esguinces leves los dolores o molestias no aparecen inmediatamente sino que aparecen al día siguiente o incluso varios días después ni tampoco cabe descartar la agravación de consecuencia lesionales de tal traumatismo por la existencia de una multiscopatía degenerativa objetivada en la RMN cervical en la lesionada



Criterio de continuidad de tratamiento. Los tratamientos no siempre se producen cuando lo desee el paciente (ni la aseguradora)

**- AP de Asturias (Sección 4ª) Sentencia núm. 464/2018 de 19 diciembre**

La juzgadora de instancia dice acoger el informe médico de la parte demandada (...) considerando que las 45 sesiones de fisioterapia realizadas podía haberlas finalizado el 3 de junio si se hubiese efectuado diariamente (...).

El Tribunal no comparte dicha valoración, pues si bien es cierto que **incumbe al perjudicado un deber de mitigar el daño** (ahora expresamente contemplado como factor de reducción de las indemnizaciones en el artículo 1.2, párrafo 3º), habiéndose considerado su conducta contraria a Derecho cuando actúa de mala fe y no evita o mitiga el daño pudiendo hacerlo mediante la adopción de medidas razonables, en todo caso ello no puede hacer recaer sobre el perjudicado la carga de probar que actuó racionalmente e hizo todo lo posible para evitar o reducir el daño, de modo que una prueba insuficiente sobre este aspecto supusiera la desestimación de su acción, como tampoco puede dar lugar a la exigencia al perjudicado de comportamientos heroicos o de aceptación de la actuación ilícita del tercero como si de una fatalidad se tratara para evitar al infractor la obligación de indemnizarle ( STS de 4-3-2015 ).

**Salvo que se trate de la asistencia prestada en los servicios de urgencia, no es fácil que una consulta médica con el especialista encargado de tratar una concreta dolencia se produzca el mismo día o al siguiente de su petición. Y lo mismo ocurre en el caso de tratamientos específicos como el de rehabilitación o fisioterapia;** más claramente en el caso de la sanidad pública, pero también cuando se realiza en centros o clínicas privadas, sujetas a idénticos condicionantes derivados de su propia organización interna y de la necesidad de atender a quienes a ellos acuden para seguir dicho tratamiento, orientados en ocasiones por el médico asistencial que lo ha prescrito, y en la mayor parte de los casos sin una pauta concreta o definida sobre el tipo de terapia que deberán seguir y la forma de llevarlo a cabo, que quedan a criterio del fisioterapeuta, limitándose el paciente a seguir las indicaciones que uno y otro le hagan.

(...) salvo que se acredite que fue el propio perjudicado quien decidió cuándo haría las sesiones que se le habían prescrito, en qué días acudiría al centro o clínica en que se realizaba el tratamiento, o incluso que desoyó las indicaciones que al respecto se le hicieron y dejó de acudir a las sesiones concertadas, contraviniendo con ello su deber de mitigar el daño y contribuir activamente a su propio restablecimiento, **el solo hecho de que se haya alargado por haberse seguido de forma alterna o discontinua no permite considerar esa eventual demora imputable al perjudicado si éste se limitó a seguir la pauta marcada**, sea por el médico que le trataba o por el fisioterapeuta encargado del tratamiento, y ya sea en este último caso por razones propias de la terapia a aplicar o por cuestiones interna de tipo organizativo.



Criterio de continuidad de tratamiento. Es indiferente que la rehabilitación se de en días alternos dependiendo de las circunstancias del paciente

- AP Gijón (Sección 7ª) Sentencia núm. 3/2019 de 10 de enero

Esta sala, en sentencia de 16 de febrero de 2017 ha señalado que, partiendo de la **presunción sobre el lógico interés del perjudicado en procurar su curación**, que es la parte demandada, quien alega que existió un retraso imputable al demandante a la hora de procurarse un tratamiento preciso, quien lo ha de acreditar ( art. 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil ).

Pues bien, en el supuesto de autos, por el mero hecho de que, según refiere el perito de la compañía apelada, el tratamiento rehabilitador resulte más efectivo si se recibe diariamente, y la circunstancia de que se constaten que las sesiones de rehabilitación no se recibieron diariamente, no podemos concluir necesariamente que ello obedezca a un retraso intencionado del lesionado. Por el contrario, en el supuesto de autos se fija la indemnización, prescindiendo del tratamiento real recibido por el paciente. En este sentido cabe señalar que, como ya hemos expuesto en otras ocasiones, así en 10 de noviembre de 2016 "no siempre es posible que se lleve a cabo dicho tratamiento de forma continuada; ni ello es necesariamente imputable al lesionado. **En ocasiones son precisos descansos del paciente, cuando se trata de tratamientos prolongados este no siempre puede acudir a dichas sesiones de una forma absolutamente continua, y en su dispensa inciden otros factores, como las necesidades de control por el traumatólogo, o las inevitables disfunciones en cuanto a las citas de consulta de dicho médico y disponibilidad del especialista que le pauta el tratamiento**". En el supuesto de autos, el tratamiento en todos los casos se les prescribe el día 1 de febrero, en dos de los casos el paciente debe compatibilizar su trabajo con las sesiones de rehabilitación, y en todos ellos se dan continuas revisiones medicas en la que se vuelve a aconsejar seguir con el tratamiento, por lo que no cabe en principio apreciar retraso alguno imputable al demandante.

**Perjuicio Personal Particular**

**5**

### Artículo 50. *Pérdida de autonomía personal.*

A efectos de esta Ley la pérdida de autonomía personal consiste en el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de las actividades esenciales de la vida ordinaria.

### Artículo 51. *Actividades esenciales de la vida ordinaria.*

A efectos de esta Ley se entiende por actividades esenciales de la vida ordinaria comer, beber, asearse, vestirse, sentarse, levantarse y acostarse, controlar los esfínteres, desplazarse, realizar tareas domésticas, manejar dispositivos, tomar decisiones y realizar otras actividades análogas relativas a la autosuficiencia física, intelectual, sensorial u orgánica

### Artículo 53. *Pérdida de desarrollo personal.*

A efectos de esta Ley se entiende que la pérdida de desarrollo personal consiste en el menoscabo físico, intelectual, sensorial u orgánico que impide o limita la realización de actividades específicas de desarrollo personal.

### Artículo 54. *Actividades específicas de desarrollo personal.*

A efectos de esta Ley se entiende por actividades de desarrollo personal aquellas actividades, tales como las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y la práctica de deportes, al desarrollo de una formación y al desempeño de una profesión o trabajo, que tienen por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad.

### Artículo 136. *Determinación de la indemnización del perjuicio personal básico.*

1. El perjuicio personal básico por lesión temporal es el perjuicio común que se padece desde la fecha del accidente hasta el final del proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela.
2. Su valoración económica se determina mediante la cantidad diaria establecida en la tabla 3.A.

### Artículo 137. *Perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida.*

La indemnización por pérdida temporal de calidad de vida compensa el perjuicio moral particular que sufre la víctima por el impedimento o la limitación que las lesiones sufridas o su tratamiento producen en su autonomía o desarrollo personal.

**Artículo 138.** *Grados del perjuicio personal por pérdida temporal de calidad de vida.*

1. El perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida puede ser muy grave, grave o moderado.
2. El perjuicio **MUY GRAVE** es aquél en el que el lesionado pierde temporalmente su autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales de la vida ordinaria. El ingreso en una unidad de cuidados intensivos constituye un perjuicio de este grado.
3. El perjuicio **GRAVE** es aquél en el que el lesionado pierde temporalmente su autonomía personal para realizar una parte relevante de las actividades esenciales de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal. La estancia hospitalaria constituye un perjuicio de este grado.
4. El perjuicio **MODERADO** es aquél en el que el lesionado pierde temporalmente la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal.
5. El impedimento psicofísico para llevar a cabo la actividad laboral o profesional se reconduce a uno de los tres grados precedentes.
6. Los grados de perjuicio son excluyentes entre sí y aplicables de modo sucesivo. En todo caso, se asignará un único grado a cada día.

El concepto “escondido” en el baremo:

Nota: (2) Las denominadas secuelas temporales, es decir, aquellas que están llamadas a curarse a corto o medio plazo, no tienen la consideración de secuela, pero se han de valorar de acuerdo con las reglas de lesiones temporales, computando en su caso, los efectos que producen y con base en el cálculo razonable que se estime de su duración, después de haberse alcanzado la estabilización lesional, y hasta su total curación.

| APARTADO SEGUNDO: CAPÍTULO ESPECIAL: PERJUICIO ESTÉTICO |                |         |
|---|----------------|---------|
| 11001   | Ligero         | 1-6     |
| 11002   | Moderado       | 7-13    |
| 11003   | Medio          | 14 - 21 |
| 11004   | Importante     | 22 - 30 |
| 11005   | Muy importante | 31 - 40 |
| 11006   | Importantísimo | 41 - 50 |

Nota: (1) El Baremo Médico incorpora, a su vez, en relación con el sistema ocular y el sistema auditivo, unas tablas en las que se reflejan los daños correspondientes al lado derecho de los órganos de la vista y del oído, en los ejes de las abscisas. Los del lado izquierdo de estos órganos, en el eje de las ordenadas. Por tanto, con los datos contenidos en el informe médico sobre la agudeza visual o auditiva del lesionado después del accidente se localizarán los correspondientes al lado derecho, en el eje de las abscisas, y los del lado izquierdo, en el eje de las ordenadas. Trazando líneas perpendiculares a partir de cada uno de ellos, se obtendrá la puntuación de la lesión, que corresponderá a la contenida en el cuadro donde confluyan ambas líneas. La puntuación oscila entre 0 y 85 en el órgano de la visión

Nota: (2) Las denominadas secuelas temporales, es decir, aquellas que están llamadas a curarse a corto o medio plazo, no tienen la consideración de secuela, pero se han de valorar de acuerdo con las reglas de lesiones temporales, computando en su caso, los efectos que producen y con base en el cálculo razonable que se estime de su duración, después de haberse alcanzado la estabilización lesional, y hasta su total curación.



Concepto de estabilización lesional.

- AP de Barcelona (Sección 1ª) Sentencia núm. 524/2018 de 25 septiembre

**...la estabilización lesional se produce cuando no existe ya mejoría a pesar de los tratamientos realizados.** Una lesión se estabiliza cuando **sus resultados son ya constantes, firmes y permanentes, no existiendo a partir de entonces la posibilidad de mejora**, motivo por el cual, si el proceso de curación sigue en curso, no cabe hablar de que la estabilización se haya producido, y, por el contrario, si sigue el tratamiento, pero éste lo que consigue es paliar dolores y molestias, y no es curativo, no podrá hablarse de período de estabilización lesional porque los resultados ya no varían. Es en ese momento, cuando la curación ya no es posible, cuando debe considerarse que finaliza el período de estabilización de las lesiones, con independencia de que pueda seguirse tratamiento paliativo de dolores y/o molestias, y con independencia también de las altas y bajas que puedan concederse, con arreglo a otros criterios, desde el punto de vista laboral. Como dice la sentencia de la Asturias 4/10/08 (Secc.6ª) "*Así en relación a la duración de la sanidad ha de tenerse en cuenta que según el Baremo éste coincide con aquel periodo que dura desde la producción de las lesiones hasta el día de su completa curación o, si ésta no es posible, hasta aquel en que la ciencia médica agota sus posibilidades terapéuticas, valorándose como secuelas el estado patológico o quebranto de salud residual consolidado, tras la finalización del tratamiento, de ahí que ni puede equipararse a tal periodo el de baja laboral ni tampoco la realización de sucesivas sesiones de tratamiento rehabilitador o de toma de analgésicos para paliar el dolor en relación a una patología que ya está consolidada cuando como aquí acontece ésta lo ha sido con secuelas cuya sintomatología propia es la aparición de esos episodios de dolor, para los que tales tratamientos son pautados. ."*



Perjuicio Personal Básico con una única asistencia hasta el final del proceso curativo, aunque sea farmacológico.

- AP de Madrid (Sección 8ª) Sentencia núm. 346/2018 de 30 julio

Sí que procede acoger el motivo en cuanto a la calificación del perjuicio, puesto que en la Sentencia se admite el carácter moderado, si bien, de conformidad con lo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, de las pruebas practicadas y especialmente de las aclaraciones realizadas por la perito médica Dra. Angelina en el juicio, **no puede estimarse probado que el perjuicio alcance el grado de moderado, y, por tanto únicamente deberá indemnizarse el perjuicio común** padecido desde la fecha del accidente hasta el final del proceso curativo o hasta la estabilización de la lesión y su conversión en secuela, en los términos previstos en el art. 136 de la citada ley, **ya que únicamente acudió a la primera consulta, no estuvo de baja por estos hechos durante el periodo de lesión reconocido y no hizo tratamiento rehabilitador**, por lo que no puede considerarse acreditado que deba valorarse de forma moderada el perjuicio por pérdida temporal de calidad de vida.



## Perjuicio Personal Básico vs. P.P. Particular Moderado

- AP de Madrid (Sección 14ª) Sentencia núm. 200/2018 de 29 junio

El **concepto de perjuicio personal básico** está recogido en el **art. 136** del Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el TR de la LRCSCVM, modificado por la Ley 35/2015, de 22 de Septiembre. Por contraposición al perjuicio personal particular, por pérdida temporal de calidad de vida, de los arts. 136 y ss . del mismo texto, que en el presente caso lo sería en grado moderado en alegación de la parte actora.

El dato esencial diferenciador consiste en que el **perjuicio personal básico** deriva del mero transcurso del tiempo que discurre hasta el final del proceso curativo o la estabilidad lesional (art. 136), en tanto que el **perjuicio personal particular** entraña, además, algún grado de impedimento o limitación que la misma lesión, o su tratamiento, produce en la autonomía o desarrollo personal del lesionado ( art. 137), entendida la autonomía y el desarrollo personal en los términos definidos en los arts. 50 , 53 y 54 del mismo texto legal

Se destacan los informes elaborados por el Centro Tressalud, no sólo el de alta fechado el 18 de Octubre de 2016, sino igualmente los anteriores, destacando la recomendación a la paciente de abstenerse de realizar tareas domésticas, actividades de ocio, o prácticas deportivas, formativas o profesionales que exijan esfuerzos moderados sobre el raquis. En el escrito de recurso se argumenta que la parte actora no ha acreditado que con anterioridad al accidente se desarrollaran alguna de esas actividades. Sin embargo, así como resultaría necesario una justificación específica caso de alegarse la dedicación a alguna actividad singular, como podría serlo alguna actividad deportiva concreta, no se reputa necesaria esa prueba cuando la limitación apreciada en los informes médicos afecte a actividades tan generalizadas y usuales como lo son, por ejemplo, las tareas domésticas. En ese sentido, el art. 51 LRCSCVM incluye entre las actividades esenciales de la vida ordinaria las tareas domésticas, y su art. 54 reputa actividades específicas de desarrollo personal las relativas al disfrute del ocio, sin mayor concreción, que en el presente supuesto resulta igualmente limitado



Perjuicio Personal Particular Moderado. Asimilable a la incapacidad laboral

- AP de Salamanca (Sección 1ª) Sentencia núm. 498/2018 de 17 diciembre

El artículo 137 en su punto 4º afirma: "El perjuicio moderado, es aquel en el que el lesionado pierde temporalmente la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal".

Y las **actividades específicas de desarrollo personal** están definidas con exactitud en el art. 54 donde se dice literalmente:

A efectos de esta Ley se entiende por actividades de desarrollo personal aquellas actividades, tales como las relativas **al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y la práctica de deporte, al desarrollo de una formación y al desempeño de una profesión o trabajo, que tiene por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad.**

El Juez toma en consideración la documentación médica y la testifical del Doctor Benjamín , médico traumatólogo, al que acude la lesionada el 19-diciembre-2016, tras el alta en la Clínica Campoamor y la testifical de la fisioterapeuta a la que acude el 9-enero-2017 y ambos son coincidentes al señalar que no estaba capacitada para realizar esfuerzos con el hombro.

La actora no estaba en condiciones de realizar su trabajo de camarera hasta el 9/3/2017 porque estaba sometida a constante controles médicos, radiológicos, fisioterapia, farmacológicos, infiltración de corticoides, acompañados de patología inflamatoria, dolor mecánico y pérdida de funcionalidad en el hombro.

Basta con poner de manifiesto que en la ecografía realizada el 21/01/2016 se confirma el desgarro parcial del tendón supraespinoso en la cara interior del mismo y se le diagnostica a mayores una tendinitis del tendón del supraespinoso, tan doloroso como invalidante para una parte relevante de las actividades específicas de su desarrollo personal.



PPPM. SIN BAJA LABORAL, SOLO POR EL REPOSO PARA AMA DE CASA.

- AP de Asturias (Sección 7ª) Sentencia núm. 374/2018 de 13 septiembre

En lo que se refiere al error en la valoración de la prueba e infracción de los artículos 136, 138.4, 54 y 93 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, se cuestiona el periodo de curación fijado por el perito de la actora Dr. Ovidio como de perjuicio personal moderado en 84 días, al considerar que se trata de un perjuicio personal básico a la vista de los citados precepto del nuevo sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y que en nada coinciden con las mencionadas por el legislador a la hora de regular aquellas actividades que constituyen un perjuicio moderado.

El perjuicio moderado por pérdida temporal de calidad de vida es aquél en el que el lesionado pierde temporalmente la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal, considerándose como tales (art. 54 de la Ley) "*aquellas actividades, tales como las relativas al disfrute o placer, a la vida de relación, a la actividad sexual, al ocio y la práctica de deportes, al desarrollo de una formación y al desempeño de una profesión o trabajo, que tienen por objeto la realización de la persona como individuo y como miembro de la sociedad*".

El perito de la actora señaló que consideraba que **84 días eran encuadrables dentro del perjuicio personal moderado ya que le impidieron a la lesionada hacer vida normal, teniendo que guardar reposo, no pudiendo pasear, hacer la compra, cocinar, etc., y cuando la limitación apreciada afecta a actividades tan generalizadas y usuales como lo son, por ejemplo, las tareas domésticas, que son a las que se refiere el perito en las aclaraciones llevadas a cabo en el acto del juicio, debe encuadrarse en el art. 51 de la Ley que incluye entre las actividades esenciales de la vida ordinaria precisamente las tareas domésticas, por lo que el encaje dentro del perjuicio moderado debe considerarse correcto.**



PPPM. PRESUNCIÓN IURIS TANTUM EN LIMITACIONES PARA UN AGRICULTOR AUTÓNOMO.

- AP de Murcia (Sección 4ª) Sentencia núm. 455/2018 de 5 julio

La Sala entiende que acierta plenamente el Juez *a quo* cuando, para fijar el perjuicio personal particular, parte de que estamos ante una "pérdida temporal de calidad de vida" (arts. 51 a 54 de la citada Ley), que tiene tres categorías (muy grave, grave y moderada). No se cuestiona en este procedimiento que estamos ante un supuesto moderado de pérdida temporal de calidad de vida, no ante un perjuicio personal básico. Por ello, partiendo de lo establecido en el art. 138.5 modificado por la Ley 35/2015 : " *El impedimento psicofísico para llevar a cabo una actividad laboral o profesional se reconduce a uno de los tres grados precedentes* ", **considera que hay una presunción legal *iuris tantum* de que quien lo sufre está impedido o limitado para su trabajo habitual**, lo que necesariamente conlleva que hay " *pérdida temporal de calidad de vida* ", no cuestionándose en el presente caso que lo sea en grado moderado. Por lo tanto, acreditado que el actor sufrió pérdida temporal de calidad de vida, en grado moderado, y teniendo en cuenta que ha acreditado ser **trabajador autónomo (agricultor)**, debe concluirse que resulta probado que ha estado impedido para llevar a cabo la actividad laboral o profesional durante el periodo señalado por el dictamen pericial aportado a la causa (30 días) y que no ha recibido prestación de carácter público por dicha situación.

**El hecho de que el actor no haya acreditado la baja médica no impide la anterior conclusión**, pues se trata de una cuestión no planteada por la compañía de seguros cuando responde a la comunicación que se le realiza por el ahora actor con la documentación exigible, limitándose inicialmente a sostener que no había días de perjuicio moderado y que todos los que aprecia son de perjuicio básico (doc. 14 bis).



PPPM DURANTE EL TIEMPO DE COLLARÍN PERMANENTE E INTERMITENTE.  
PÉRDIDA PARTE RELEVANTE DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL DESARROLLO PERSONAL.

- AP de Valladolid (Sección 1ª) Sentencia num. 258/2018 de 9 julio

Así, por lo que se refiere en particular a la reclamación de D<sup>a</sup> Noelia , la minoración en la indemnización reclamada por esta en la demanda obedece a que el Juzgador de Instancia considera que con arreglo al nuevo baremo aprobado en la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, para el cálculo de la lesiones temporales, los 77 días que reclama D<sup>a</sup> Noelia deben tener la consideración de "*perjuicio personal básico*", mientras que en la demanda se reclaman por la actora 56 días de "*perjuicio personal básico*" y los otros 21 días lo son de "*perjuicio personal particular moderado*", al haberle sido prescrita una órtesis (collarín) en la región cervical que fue permanente en los primeros días y se fue retirando progresivamente, pero que le supuso la pérdida de la posibilidad de ejercitar las actividades específicas de desarrollo personal que el artículo 54 del nuevo baremo establece. El motivo de recurso debe ser estimado. La consideración del informe pericial estipulando para D<sup>a</sup> Noelia un máximo de 21 días de "perjuicio personal particular moderado" **no parece arbitraria, ni desproporcionada, dado que la prescripción del collarín le fue efectuada ya en el primer examen de la lesionada en urgencias por un tiempo mínimo de 7/10 días, y que la propia lesionada admite lo utilizó de manera permanente durante la primera semana, así como que posteriormente fue gradualmente retirándose, sin que la estimación de un máximo de 21 días en este concepto, que no exige propiamente el uso del collarín, sino tan solo la pérdida temporal de la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de las actividades específicas de desarrollo personal a que se refiere el precepto antes mencionado (artículo 54 del nuevo baremo) resulte una conclusión del perito ilógica o absurda.** Debe por ello estimarse la pretensión de D<sup>a</sup> Noelia y concederle la indemnización que corresponde a los 21 días de perjuicio personal particular moderado y el resto, hasta los 77 días, de perjuicio personal básico.



PPPG POR USO COLLARÍN. COMO SI FUERA UNA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA



- AP de Cáceres (Sección 1ª) Sentencia núm. 497/2018 de 26 noviembre

Alega la parte apelante, en breve síntesis, que los 23 días de perjuicio personal grave que reclama la parte actora y acoge la sentencia de instancia no tienen cabida como graves porque no se da la presunción de gravedad que establece la legislación, ni aunque haya utilizado collarín, pues ello no le impide realizar actividades de desarrollo personal (levantarse, comer, beber, asearse etc).

El perjuicio grave será aquel en el que el lesionado pierde temporalmente su autonomía personal para realizar una parte relevante de las actividades esenciales de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal, siendo en este caso la estancia hospitalaria la equivalencia que el baremo da a este grado cuya valoración económica por día se sitúa en 75 euros. Puntualizando a este respecto el Dictamen 3/2016, de 13 de julio, de la Fiscalía General del Estado que la expresión estancia hospitalaria, con presunción legislativa de gravedad debe aproximarse a la de prestaciones sanitarias en el ámbito hospitalario y ambulatorio y rehabilitación en los ámbitos domiciliario y ambulatorio de los arts. 113 y 116. Por ello **puede incluirse en este grado la conocida como hospitalización domiciliaria en la que el lesionado está inmovilizado e incluso la estancia en el domicilio con tratamiento ambulatorio si supone una pérdida de autonomía o desarrollo personal** en los términos expresados.

La proyección de esta doctrina sobre el caso que examinamos nos lleva a concluir que el uso del collarín obedeció a un período de dolor agudo que, como matizó el Sr. Bernardo, comprometía de manera importante o grave al paciente al tratarse de una afección que le impedía, con carácter general, asistir a cualquier sitio, lo que claramente es indicativo de una importante limitación que conlleva implícita la presunción de gravedad a la que hace referencia la legislación y que le impide la realización de una parte de las actividades esenciales de la vida ordinaria, como desplazarse, conducir, realizar tareas domésticas, etc, y otras específicas de desarrollo personal, como ocio, práctica de deporte, trabajo etc. Estado clínico agudo de dolor que en sus consecuencias más inmediatas podría asimilarse -de acuerdo con las puntualizaciones del Sr. Bernardo, único perito que examinó personalmente al actor- con una "hospitalización domiciliaria".

**Lucro cesante por lesiones temporales del art. 143**

**6**

**Artículo 143. *Lucro cesante por lesiones temporales.***

1. En los supuestos de lesiones temporales el lucro cesante consiste en la pérdida o disminución temporal de ingresos netos provenientes del trabajo personal del lesionado o, en caso de su dedicación exclusiva a las tareas del hogar, en una estimación del valor de dicha dedicación cuando no pueda desempeñarlas. La indemnización por pérdida o disminución de dedicación a las tareas del hogar es incompatible con el resarcimiento de los gastos generados por la sustitución de tales tareas.
2. La pérdida de ingresos netos variables se acreditará mediante la referencia a los percibidos en períodos análogos del año anterior al accidente o a la media de los obtenidos en los tres años inmediatamente anteriores al mismo, si ésta fuera superior.
3. De las cantidades que resultan de aplicar los criterios establecidos en los dos apartados anteriores se deducen las prestaciones de carácter público que perciba el lesionado por el mismo concepto.
4. La dedicación a las tareas del hogar se valorará en la cantidad diaria de un salario mínimo interprofesional anual hasta el importe máximo total correspondiente a una mensualidad en los supuestos de curación sin secuelas o con secuelas iguales o inferiores a tres puntos. En los demás casos se aplicarán los criterios previstos en el artículo 131 relativos al multiplicando aplicable en tales casos.»



Interpretación lógica de la norma. Trabajadores autónomos.

- AP de Murcia (Sección 4ª) Sentencia núm. 455/2018 de 5 julio

Frente a la cuantificación anual que realiza el Juez *a quo*, entiende la recurrente que lo establecido por la norma es comparar los días concretos de perjuicio personal moderado con "periodos análogos" del año anterior al accidente o a la media de los obtenidos en los tres años inmediatamente anteriores al mismo, pero no a toda la anterior anualidad, como ha hecho la sentencia de primera instancia, y ello para fijar concretamente la cantidad perdida.

La norma aplicable es el artículo 143.2 LRCSCVM, conforme al cual la pérdida de ingresos se "***acreditará mediante la referencia a los percibidos en periodos análogos del año anterior al accidente o a la media de los obtenidos en los tres años inmediatamente anteriores al mismo si éste es superior***". También en el artículo 128.2 del Texto Refundido de la LRCSCVM, tras la reforma operada por la Ley 35/2015, hace referencia al periodo anual como la referencia a tener en cuenta para la fijación de la indemnización por **lucro cesante**, en los siguientes términos: "***2. Los ingresos a tener en cuenta a los efectos del cálculo del lucro cesante son los percibidos durante el año anterior al accidente o la media de los obtenidos en los tres años anteriores al mismo, si ésta fuera superior.***"

La interpretación de la norma aplicable debe hacerse de una manera lógica, pues el cálculo más factible, sobre todo en casos como el presente de trabajadores autónomos, es el de fijar una media de rendimientos diarios en base a una o tres anualidades anteriores, que es el periodo de tiempo referido en la norma. Téngase en cuenta que la actividad agrícola exige una actuación laboral permanente a lo largo de todo el año, y los rendimientos económicos no son inmediatos a cada actuación, por lo que lo razonable es hacer una evaluación de todo el año para fijar una media de rendimiento para cada día y multiplicar dicho resultado por el número de días de perjuicio personal. A dicho espacio temporal se ha de entender la referencia a "periodos análogos".



NO EXISTE DUPLICIDAD ENTRE EL PERJUICIO PERSONAL Y EL LUCRO CESANTE

- AP de Barcelona (Sección 17ª) Sentencia núm. 650/2018 de 13 septiembre

**No existe la duplicidad denunciada (perjuicio personal y lucro cesante):** la cantidad reconocida por lesiones indemniza el perjuicio sufrido como consecuencia del menoscabo físico que suponen las lesiones para la víctima del accidente; **el lucro cesante indemniza la pérdida de ingresos o las ganancias dejadas de obtener durante el período de curación de las lesiones.**

Así lo establece el artículo 143 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, citada por la recurrente a cuyo tenor:

*1. En los supuestos de lesiones temporales el lucro cesante consiste en la pérdida o disminución temporal de ingresos netos provenientes del trabajo personal del lesionado o, en caso de su dedicación exclusiva a las tareas del hogar, en una estimación del valor de dicha dedicación cuando no pueda desempeñarlas. La indemnización por pérdida o disminución de dedicación a las tareas del hogar es incompatible con el resarcimiento de los gastos generados por la sustitución de tales tareas.*

*2. La pérdida de ingresos netos variables se acreditará mediante la referencia a los percibidos en períodos análogos del año anterior al accidente o a la media de los obtenidos en los tres años inmediatamente anteriores al mismo, si ésta fuera superior.*

*3. De las cantidades que resultan de aplicar los criterios establecidos en los dos apartados anteriores se deducen las prestaciones de carácter público que perciba el lesionado por el mismo concepto.*

*4. La dedicación a las tareas del hogar se valorará en la cantidad diaria de un salario mínimo interprofesional anual hasta el importe máximo total correspondiente a una mensualidad en los supuestos de curación sin secuelas o con secuelas iguales o inferiores a tres puntos. En los demás casos se aplicarán los criterios previstos en el artículo 131 relativos al multiplicando aplicable en tales casos.»*

**Se indemnizan, por tanto, conceptos distintos.**



Lucro cesante tareas del hogar. La dedicación debe de tener carácter exclusivo

- AP de Badajoz (Sección 3ª) Sentencia núm. 126/2018 de 18 julio

Se alega por el apelante en su recurso, que la sentencia no ha estimado la petición efectuada por el demandante por **lucro cesante relativo a la dedicación exclusiva a las tareas del hogar**, cuando ha quedado acreditado por el documento nº 7 de la demanda que el día del accidente se encontraba en situación de desempleo por lo que por eliminación debía dedicarse a las tareas del hogar y porque lo acredita la declaración de la madre que convive con el demandante que manifestó que el habitualmente le ayudaba en las tareas del hogar supuesto este contemplado en la ley 35/2015 de 22 de septiembre en su art. 143.4.

Alegación que debe ser desestimada por cuanto el citado art. 143.4 señala que procederá la indemnización por lucro cesante por la dedicación a las tareas del hogar. **Habiéndose entendido por la jurisprudencia que dicha dedicación debe tener carácter exclusivo, en el sentido de que no realice actividad remuneratoria alguna, ya que es la pérdida de la aportación personal que realiza el miembro de la pareja que sin trabajar se dedica a los cuidados de la familia y el hogar lo que integra el lucro cesante** siendo que el demandante aunque sufrió el accidente cuando se encontraba en paro únicamente estuvo en dicha situación del 29/01/2016 a 9/03/2016 según el propio documento a que se refiere en el recurso, de tal manera que el hecho de que por que se encontrara en paro o aun sin encontrarse en paro y estando trabajando ayude en las tareas del hogar no es indemnizable como lucro cesante sino a aquellas personas cuya dedicación es esta, en consecuencia procede desestimar el recurso.



Trabajadores autónomos. Media de rendimientos diarios en base a una o tres anualidades anteriores. No sirve certificación del gremio del taxi.

**- AP Oviedo (Sección 5ª) Sentencia núm. 434/2018 de 10 de diciembre de 2018**

Pues bien, el motivo del recurso en cuanto a lucro cesante ha de ser acogido y ello porque como se señala en la sentencia de la AP de Murcia de 5 de julio de 2.018 : "La norma aplicable es el artículo 143.2 LRCSCVM (RCL 2004, 2310), conforme al cual la pérdida de ingresos se "acreditará mediante la referencia a los percibidos en periodos análogos del año anterior al accidente o a la media de los obtenidos en los tres años inmediatamente anteriores al mismo si éste es superior". También en el artículo 128.2 del Texto Refundido de la LRCSCVM , tras la reforma operada por la Ley 35/2015 (RCL 2015, 1435), **hace referencia al periodo anual como la referencia a tener en cuenta para la fijación de la indemnización por lucro cesante, en los siguientes términos: "2. Los ingresos a tener en cuenta a los efectos del cálculo del lucro cesante son los percibidos durante el año anterior al accidente o la media de los obtenidos en los tres años anteriores al mismo, si ésta fuera superior"**.

La interpretación de la norma aplicable debe hacerse de una manera lógica, pues el cálculo más factible, sobre todo en casos como el presente de trabajadores autónomos, es el de fijar una media de rendimientos diarios en base a una o tres anualidades anteriores, que es el periodo de tiempo referido en la norma".

Consecuencia de lo expuesto es que no cabe fijar el lucro cesante basándose en la certificación de la Agrupación Sindical de Taxis dados los términos del art. 143, citado en líneas precedentes, relativo al lucro cesante por lesiones temporales, refiriéndose el art. 128 al cómputo de ingresos del lesionado por trabajo personal. Pues bien, no se ha aportado la documental exigida en el art. 143 y, en consecuencia, no se ha hecho el cálculo basándose en lo que el precepto exige, señalándose en los arts. 32 y siguientes los principios fundamentales del sistema de valoración, disponiéndose en el art. 33.5: "La objetivación en la valoración del daño supone que se indemniza conforme a las reglas y límites establecidos en el sistema, por lo que no pueden fijarse indemnizaciones por conceptos o importes distintos de los previstos en el...", lo que aboca a la estimación del motivo del recurso."



TAREAS DEL HOGAR. PRESUNCIÓN *IURIS TAMTUM*.

**- AP Cartagena (Sección 5ª) Sentencia núm. 340/2018 de 18 de diciembre**

Se desestima la sentencia, la petición efectuada en demanda de 746.33 euros, por aplicación de lo dispuesto en el art. 143 de la ley 35//15 de 22 de septiembre de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación, al considerar que no ha quedado acreditado que la demandante no hubiera podido desempeñar las tareas del hogar, por no haberse acreditado que dichas tareas no han podido ser desempeñadas. Frente a ello en el recurso, se alega de que se trata de una mujer de 33 años, casada, que no trabaja, con tres hijos menores de edad, por lo que se tiene que establecer una presunción respecto al impedimento para la realización de las tareas del hogar.

Alegación que debe ser estimada por cuanto como señala la propia sentencia según el art. 143 de la citada norma **en los supuestos de lesiones temporales el lucro cesante consiste en la pérdida o disminución temporal de la dedicación inclusiva a las tareas del hogar, en una estimación del valor de dicha dedicación cuando no pueda desempeñarla.** Siendo la indemnización por pérdida o disminución la cantidad diaria de un salario mínimo interprofesional anual hasta el importe máximo total correspondiente a una mensualidad en los supuestos de curación sin secuelas o con secuelas iguales a tres puntos, siendo el caso de la demandante a la que le ha quedado la secuela de un punto tras una incapacidad de 22 días de perjuicio moderado y 38 días de perjuicio personal básico.”



Trabajador autónomo. Cálculo con declaraciones IVA y testifical gestoría.

- AP Bilbao (Sección 5ª) Sentencia núm 316/2018 de 25 de octubre

Por lo que se refiere al lucro cesante aduce la recurrente que se ha incurrido en una indebida e incorrecta valoración de la prueba practicada y en vulneración por inaplicación indebida de los términos del artículo 143 en su redacción dada por Ley 35/2015, ya que, por un lado, las declaraciones de IVA aportadas no delimitan acreditación alguna del beneficio neto y la documental presentada en la audiencia previa, consistente en una cuenta de pérdidas y ganancias, es un mero documento de parte no sustentado en prueba objetiva oficial alguna, ocurriendo además que incluso asumiendo el cálculo que sobre dicho documento se efectúa se obtiene una cifra de rendimiento neto de 149,43 euros diarios si se divide el rendimiento neto declarado por 365 días. Y, por otro lado, no hay constancia cierta del rendimiento neto; el mismo no se refiere a un periodo análogo ni se aportan los tres años anteriores en su caso de ser más favorable; y es de suponer que siendo autónomo el demandante percibiría prestación por ello, y ni se acredita ni por ente se deduce. Por todo lo cual, afirma, no cabrá sido desestimarse la pretensión indemnizatoria por lucro cesante.

Y en el supuesto concreto de que aquí se trata **se ha acreditado la pérdida de ingresos netos variables mediante las declaraciones trimestrales de IVA correspondientes al 2º trimestre del ejercicio de 2015, análogo por tanto al 2º trimestre en que , en parte, estuvo el demandante en situación de baja laboral, completado con declaración de IVA correspondiente al 2º trimestre del ejercicio de 2016; habiendo testificado la Sra. Custodia , perteneciente a la asesoría que lleva la contabilidad del actor, que el único gasto de todo el ejercicio no sujeto a IVA es el correspondiente a la cuota de autónomo (folio 91), ya deducida de sus ingresos; acompañado documentación acreditativa de que el Sr. Joaquín no tiene trabajadores a su cargo ( folios 87 a 90 ); no existiendo constancia alguna de que pudiera haber percibido las prestaciones que se suponen por la apelante. De tal manera que se presenta más que razonablemente justificado el lucro cesante reclamado.”**

**Gastos futuros**

**7**

### **Artículo 113.** *Gastos previsible de asistencia sanitaria futura.*

1. Los gastos de asistencia sanitaria futura compensan, respecto de las secuelas a que se refieren los apartados 2, 3 y 4 de este artículo, el valor económico de las prestaciones sanitarias en el ámbito hospitalario y ambulatorio que precise el lesionado de forma vitalicia después de que se produzca la estabilización de las lesiones y también aquellas prestaciones sanitarias que se produzcan en el ámbito domiciliario que, por su carácter especializado, no puedan ser prestadas con la ayuda de tercera persona prevista en los artículos 120 y siguientes.
2. Los gastos de rehabilitación en régimen hospitalario se resarcen de acuerdo con las reglas del artículo 114, mientras que los de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria se resarcen de conformidad con el artículo 116.
3. Las secuelas que, en todo caso, dan lugar a la compensación de los gastos de asistencia sanitaria futura son:
  - a) Los estados de coma vigil o vegetativos crónicos.
  - b) Las secuelas neurológicas en sus grados muy grave y grave.
  - c) Las lesiones medulares iguales o superiores a cincuenta puntos.
  - d) Las amputaciones u otras secuelas que precisen la colocación de prótesis.
4. Se presume, salvo prueba en contrario, que da lugar a compensación de gastos de asistencia sanitaria futura la secuela que sea igual o superior a cincuenta puntos y las secuelas concurrentes y las intergravatorias que sean iguales o superen los ochenta.
5. En las secuelas iguales o superiores a treinta puntos y que por su naturaleza pueden requerir un tratamiento periódico, deberá demostrarse mediante prueba pericial médica la previsibilidad de dichos gastos futuros.
6. La periodicidad y cuantía de los gastos de asistencia sanitaria futura deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico de conformidad con las secuelas estabilizadas de las lesiones.
7. Los gastos que no sean previsible de acuerdo con las reglas anteriores sólo serán resarcibles en los supuestos previstos en el artículo 43 en materia de modificación de las indemnizaciones fijadas.

**Artículo 114.** *Resarcimiento de los gastos de asistencia sanitaria futura en el ámbito hospitalario y ambulatorio.*

1. Los gastos de asistencia sanitaria futura serán abonados por las entidades aseguradoras a los servicios públicos de salud conforme a la legislación vigente y los convenios o acuerdos suscritos, dentro de los límites establecidos en la tabla 2.C.1 y el lesionado podrá recibir las prestaciones de asistencia sanitaria por parte de centros públicos o, por parte de centros sanitarios privados que hayan suscrito conciertos con los servicios públicos de salud, también conforme a lo estipulado en dicha legislación y convenios.
2. Las entidades aseguradoras y los servicios públicos de salud podrán suscribir acuerdos específicos al objeto de facilitar el pago a que se refiere el apartado anterior y garantizar las prestaciones sanitarias a los lesionados. Los servicios públicos, a su vez, podrán concertar la asistencia sanitaria futura con centros privados que cuenten con los medios materiales y humanos necesarios y suficientes para prestarla.
3. Las entidades aseguradoras abonarán a los servicios públicos de salud los gastos que garanticen la asistencia sanitaria futura con carácter vitalicio, aun en caso de traslado temporal o definitivo de residencia u otros supuestos que puedan suponer un cambio del centro de asistencia, dentro del marco del régimen de prestaciones previsto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

## **Artículo 115. Prótesis y órtesis.**

1. Se resarce directamente al lesionado el importe de las prótesis y órtesis que, por el correspondiente informe médico, precise el lesionado a lo largo de su vida.
2. La necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de prótesis y órtesis futuras deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas.
3. La valoración tendrá en cuenta el tipo de secuela, la edad del lesionado, la periodicidad de la renovación de la prótesis u órtesis en función de su vida útil y el coste de las mismas, atendiendo a las necesidades y circunstancias personales del lesionado.
4. El importe máximo resarcible es el fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.
5. El importe de estos gastos se podrá indemnizar en forma de capital utilizándose el correspondiente factor actuarial de conversión establecido en la tabla técnica de coeficientes de capitalización de prótesis y órtesis (TT3) incluida en las bases técnicas actuariales a las que se refiere el artículo 48

### **Artículo 116. Rehabilitación domiciliaria y ambulatoria.**

1. Se resarce directamente al lesionado el importe de los gastos de rehabilitación futura que, por el correspondiente informe médico, precise el lesionado en el ámbito domiciliario o ambulatorio respecto de las secuelas a que se refieren las letras a), b) y c) del apartado 3 del artículo 113, después de que se produzca la estabilización.
2. La necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de rehabilitación futura deberán acreditarse mediante el correspondiente informe médico desde la fecha de estabilización de las secuelas.
3. El importe máximo resarcible es el fijado en la tabla 2.C para este tipo de gastos.
4. El estado vegetativo crónico y tetraplejia igual o por encima de C4 se indemnizará hasta un máximo de trece mil quinientos euros anuales. Los casos en los que coincidan tetraparesias graves, secuelas graves de lenguaje y trastornos graves neuropsicológicos los gastos de rehabilitación futura se indemnizarán con un máximo de nueve mil quinientos euros anuales. El resto de supuestos se indemnizarán con un máximo de cinco mil ochocientos cincuenta euros anuales.
5. El importe de estos gastos se podrá indemnizar en forma de capital utilizándose un factor actuarial de conversión establecido en la tabla técnica de coeficientes actuariales de conversión entre rentas y capitales (TT1) incluida en las bases técnicas actuariales a las que se refiere el artículo 48.



Desafortunada la situación con los cambios legislativos. Ahora gastos resarcidos.

- AP de Asturias (Sección 7ª) Sentencia núm. 353/2018 de 19 julio

Por último, en cuanto a los gastos médicos, referida la controversia en esta alzada a los gastos médicos devengados por la atención de la demandante después del momento de estabilización, es oportuno señalar que con arreglo al apartado primero 6 del anexo que contiene el Sistema y ello determina que el gasto reclamado esté sujeto, para ser admitido, a ese doble condicionante, que se derive del accidente de tráfico y, en segundo lugar, que se devengue hasta la estabilización lesional, pues quedan fuera de la indemnización los que se deriven de la atención y asistencia o terapia de secuelas consolidadas. En este sentido, debe recordarse, como señala la Sentencia del TS de 13 de enero de 2017, que la doctrina jurisprudencial ( sentencias 786/2011, de 22 de noviembre; 383/2011, de 8 de junio; 931/2011, 29 de diciembre y 642/2014, 6 de noviembre) es reiterada en el sentido de que durante la vigencia del régimen contenido en el texto refundido y hasta la reforma introducida por la Ley 21/2007, de 11 de julio, se indemnizaba por la totalidad de los gastos médicos y derivados. Mientras que, por el contrario, a partir de la entrada en vigor de esta reforma, y respecto de los siniestros ocurridos durante su vigencia, solo se iban a indemnizar: «los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la sanación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada». Y tal **situación**, que se califica de **desafortunada**, puesto que dejaba sin cobertura tratamientos de carácter permanente, **fue cambiada nuevamente en la Ley 35/2015**, acogiendo uno de los principios básicos en el derecho de daños como es que la **total indemnidad** del perjudicado debe conllevar la indemnización por los gastos médicos, farmacéuticos y de ortopedia invertidos en la curación o rehabilitación de las heridas y secuelas derivadas del siniestro sin el límite de la sanación o consolidación de las secuelas, de tal forma que dentro de los perjuicios patrimoniales derivados de las secuelas (**arts. 113 a 133 y Tabla 2. C**), **reconoce el derecho a que se indemnicen esos gastos (daño patrimonial emergente) de asistencia sanitaria futura, sin el límite temporal anteriormente vigente.**



En el mismo sentido de STS relatando la doctrina de la Sala

**- AP de Madrid (Sección 11ª) Sentencia núm. 273/2018 de 27 junio**

Se dice en la **Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de enero de 2017** : Durante la vigencia del régimen contenido en el texto refundido y hasta la reforma introducida por la Ley 21/2007, de 11 de julio, se indemnizaba por la totalidad de los gastos médicos y derivados. Mientras que, por el contrario, a partir de la entrada en vigor de esta reforma, y respecto de los siniestros ocurridos durante su vigencia, solo se iban a indemnizar: «los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la casación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada. :

**"La doctrina de esta Sala (sentencias 786/2011, de 22 de noviembre ; 383/2011, de 8 de junio ; 931/2011, 29 de diciembre y 642/2014, 6 de noviembre ) es reiterada en el sentido de que durante la vigencia del régimen contenido en el texto refundido y hasta la reforma introducida por la Ley 21/2007, de 11 de julio, se indemnizaba por la totalidad de los gastos médicos y derivados. Mientras que, por el contrario, a partir de la entrada en vigor de esta reforma, y respecto de los siniestros ocurridos durante su vigencia, solo se iban a indemnizar: «los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la casación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada». "Sin duda la reforma no fue afortunada puesto que dejaba sin cobertura tratamientos de carácter permanente, y como tal fue cambiada nuevamente en la Ley 35/2015, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, acogiendo uno de los principios básicos en el derecho de daños como es que la total indemnidad del perjudicado debe conllevar la indemnización por los gastos médicos, farmacéuticos y de ortopedia invertidos en la curación o rehabilitación de las heridas y secuelas derivadas del siniestro sin el límite de la sanación o consolidación de las secuelas, de tal forma que dentro de los perjuicios patrimoniales derivados de las secuelas (arts. 113 a 133 y Tabla 2. C), reconoce el derecho a que se indemnicen esos gastos (daño patrimonial emergente) de asistencia sanitaria futura, sin el límite temporal anteriormente vigente".**



Se indemnizan acogiendo los principios básicos de la total indemnidad, Sin el límite de la sanación o consolidación de las secuelas.

**- AP de A Coruña (Sección 5ª) Sentencia núm. 269/2018 de 12 septiembre**

La primera cuestión ha sido objeto de cambios legislativos. Reseñamos al respecto lo dicho en la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de enero de 2017: "Según el número 6 del apartado primero del anexo del RD Legislativo 8/2004, de 29 de octubre: "Además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica y hospitalaria y, además, en las indemnizaciones por muerte, los gastos de entierro y funeral".

La doctrina de esta Sala (sentencias 786/2011, de 22 de noviembre; 383/2011, de 8 de junio; 931/2011, 29 de diciembre y 642/2014, 6 de noviembre) es reiterada en el sentido de que durante la vigencia del régimen contenido en el texto refundido y hasta la reforma introducida por la Ley 21/2007, de 11 de julio, se indemnizaba por la totalidad de los gastos médicos y derivados. Mientras que, por el contrario, a partir de la entrada en vigor de esta reforma, y respecto de los siniestros ocurridos durante su vigencia, solo se iban a indemnizar: "los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la casación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada".

Sin duda la reforma no fue afortunada puesto que dejaba sin cobertura tratamientos de carácter permanente, y como tal fue cambiada nuevamente en la, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación Ley 35/2015, de 22 de septiembre, **acogiendo uno de los principios básicos en el derecho de daños como es que la total indemnidad del perjudicado debe conllevar la indemnización por los gastos médicos, farmacéuticos y de ortopedia invertidos en la curación o rehabilitación de las heridas y secuelas derivadas del siniestro sin el límite de la sanación o consolidación de las secuelas, de tal forma que dentro de los perjuicios patrimoniales derivados de las secuelas (arts. 113 a 133 y Tabla 2. C), reconoce el derecho a que se indemnicen esos gastos (daño patrimonial emergente) de asistencia sanitaria futura, sin el límite temporal anteriormente vigente".**



Relación causa efecto si hay prescripción facultativa, aunque sean posteriores al alta.

- AP de Salamanca (Sección 1ª) Sentencia núm. 359/2018 de 17 septiembre

... a la alegación sobre incorrecta cuantificación de los gastos de asistencia sanitaria, por no inclusión de la factura de las ondas de choque por importe de 270 euros abonados por la demandante Alicia. El razonamiento contenido en la sentencia de instancia, pasa de tomar en consideración que la estabilidad lesional de Doña Alicia tuvo lugar el 3/1/2017 y que las ondas de choque en la muñeca fueron aplicadas en fechas posteriores, en concreto el 16/1/2017, el 25/1/2017 y el 8/2/2017 y además que se aplicaron las ondas sin mejoría alguna.

En consecuencia acreditado que **este tratamiento fue prescrito por el traumatólogo** que llevaba el seguimiento de la lesionada y que no existe duda alguna de que **existe un nexo causal con el accidente** enjuiciado, al margen de que haya resultado poco eficaz, procede acoger las alegaciones de la apelante, dicho gasto debe ser incluirse en la indemnización debida a la parte demandante. Todo ello sin perder de vista el propio preámbulo de la Ley 35/2015 "Este nuevo baremo se inspira y respeta el principio básico de la indemnización del daño corporal; su finalidad es la de lograr indemnidad de los daños y perjuicios padecidos para situar a la víctima en una posición lo más parecida posible a la que tendría de no haberse producido el accidente." **Que las revisiones del 17 de febrero y 16 de marzo al traumatólogo sean de fechas posteriores al alta médica, no pueden, en atención a lo resuelto en esta sentencia, quedar sin ser indemnizadas. Son consecuencia directa del accidente enjuiciado, al igual que los 6 viajes para acudir a las 3 sesiones de ondas o el viaje de ida y vuelta para efectuarse una prueba de diagnóstico "una resonancia magnética" efectuada el 8 de marzo de 2017.**

Dejando constancia además no solo de su nexo causal con el accidente enjuiciado, sino la cantidad tan moderada que representa 124 viajes desde Carbajosa de la Sagrada hasta Salamanca Ciudad a razón de 1.07 euros, sin que en atención a las circunstancias enjuiciadas se haya servido de otros medios de transporte notablemente más costosos, como servicio de taxi.

**Informes médicos ajustados al sistema.**

**8**

**Artículo 37. Necesidad de informe médico y deberes recíprocos de colaboración.**

1.- La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante **informe médico ajustado a las reglas de este sistema.**

- Informe ajustado a la Título IV Ley 35/2015.

**Artículo 135. Indemnización por traumatismos menores de la columna vertebral.**

2. La secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un **informe médico concluyente** acredita su existencia tras el período de lesión temporal.

- Un informe médico concluyente debe de ser un informe que tenga conclusiones, y que estas conclusiones tengan sentido común y sean consecuentes con el accidente sufrido y las lesiones originadas <sup>(1)</sup>.

(1) Norberto Gallardo San Salvador. "El informe médico concluyente". Revista de Responsabilidad Civil y Seguro

## Informes médicos ajustados al sistema.

### - informe médico completo (pericial) <sup>(1)</sup>:

- Datos de filiación e identificación.
- Objeto del informe.
- Fuentes del informe.
- Mecanismo de producción del accidente
- Primera asistencia.
- Diagnóstico inicial
- Evolución
- Exploración Clínica
- Estado final
- Valoración del daño corporal
- Estudio de nexos causales
  - ✓ De exclusión
  - ✓ Cronológico
  - ✓ Topográfico
  - ✓ De intensidad
  - ✓ De continuidad (\*)
  - ✓ De estado previo (+)
- Conclusiones

(1) Norberto Gallardo San Salvador. "El informe médico concluyente". Revista de Responsabilidad Civil y Seguro



Prueba pericial valorable bajo los criterios de la sana crítica

- AP de Girona (Sección 2ª) Sentencia núm. 309/2018 de 16 julio

En cuanto a la valoración del perjuicio personal, secuelas y gastos diversos resarcibles, obran en autos dos dictámenes periciales de los doctores Jorge y Marino , informando cada uno a instancias de cada una de las partes, por lo que siguiendo el criterio jurisprudencial sobre dicha prueba, viene siendo tradicional sujetar la valoración de la prueba pericial a las **REGLAS DE LA SANA CRÍTICA**, art. 348 LEC. Y como sostiene el TS en Sentencias de 17 de mayo y 10 de octubre de 2016 , con cita de otras: *"Así, en conclusión, las partes, en virtud del principio dispositivo y de rogación, pueden aportar prueba pertinente, siendo su valoración competencia de los Tribunales, sin que sea lícito tratar de imponerla a los juzgadores. Por lo que se refiere al recurso de apelación debe tenerse en cuenta el citado principio de que el juzgador que recibe prueba puede valorarla aunque nunca de manera arbitraria..."* 4. En palabras de la Sentencia del Tribunal Supremo de 30 de noviembre de 2010 , resulta, por un lado, de difícil impugnación la valoración de la **prueba pericial**, por cuanto **dicho medio tiene por objeto ilustrar al órgano enjuiciador sobre determinadas materias que, por la especificidad de las mismas, requieren unos conocimientos especializados de técnicos en tales materias y de los que, como norma general, carece el órgano enjuiciador, quedando atribuido a favor de Jueces y Tribunales, en cualquier caso "valorar" el expresado medio probatorio conforme a las reglas de la "sana critica"**, y, de otro lado, porque el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil no contiene reglas de valoración tasadas que se puedan violar, por lo que al no encontrarse normas valorativas de este tipo de prueba en precepto legal alguno, ello implica atenerse a las más elementales directrices de la lógica humana, ante lo que resulta evidenciado y puesto técnicamente bien claro, de manera que, no tratándose de un fallo deductivo, la función del órgano enjuiciador en cada caso para valorar estas pruebas será hacerlo en relación con los restantes hechos de influencia en el proceso que aparezcan convenientemente constatados, siendo admisible atacar solo cuando el resultado judicial cuando este aparezca ilógico o disparatado."



Se imponen con la presentación de la demanda.

- AP de Vizcaya (Sección 5ª) Sentencia núm. 208/2018 de 15 junio

Sobre la omisión de tal informe y su no aportación con la demanda o la aportación de un informe que no atienda a las reglas del sistema fijado en la referida Ley, esta Sala ha adoptado como criterio al respecto a partir de su sentencia de 17 de mayo de 2018 el de que la exigencia legal no solo debe entenderse dirigida a la aseguradora sino también a la parte actora , " *no cabe entender dirigida exclusivamente a la aseguradora como pretende esta parte apelante pues el precepto no establece distinción alguna y que no ha sido atendida pues sólo ha aportado informes médicos que, como reconoce su propio emisor en el acto del juicio, son meramente clínicos, de la terapia rehabilitadora realizada, y que puede observarse y así se destaca en la resolución apelada ni aluden al perjuicio personal ni especifican las razones médicas por las que ha de ser considerado moderado como pretende la parte recurrente, ni describen secuelas que se ajusten a las categorías del sistema de valoración, ni se puntúan, siendo aquí de reseñar que tan siquiera aluden a un perjuicio estético por cicatrices como el que se sostiene en el escrito de recurso .*" *Lo que el art. 37 indicado demanda a que exista la necesaria claridad a la hora de formular reclamaciones como consecuencia de las lesiones padecidas. Esos dos informes que deberían haber aportado las actoras no existen. No cabe establecer la duración y características de unas lesiones infiriéndolas de informes que no se pronuncian realmente sobre esta cuestión"* , en referencia a la aportación de informes médicos de seguimiento o asistencia en los que simplemente se refleja el curso de la lesión y las secuelas (SAP Barcelona Sec. 2ª de 23 de marzo de 2017). Por lo tanto, **se impone ahora la aportación con la demanda de informe médico ajustado a las reglas del nuevo sistema y desde luego ninguno de los aportados con la demanda cumple este requisito, pues ni se aluda al perjuicio personal, ni se especifican las razones médicas por las que han de ser considerados unos días, como básico y otros como particular moderado, ni la secuela que se describe se ajusta a la categoría del sistema de valoración ni se puntúa**, por lo que correspondiendo la carga probatoria de la acreditación de las lesiones, su alcance y su relación de causalidad con el siniestro a la parte actora, conforme al art. 217 LECn ., si es que quiere ver prosperar su pretensión, dado que en el presente caso la demandada no aporta informe médico alguno al negar la existencia de relación entre el accidente con daños materiales del vehículo conducido por la Sra. Andrea y los actores, ello determina la desestimación de la demanda.



Postura mas flexible.

- AP de Cáceres (Sección 1ª) Sentencia num. 406/2018 de 26 septiembre

Insiste la parte apelante que, la actora no ha aportado - como le exige el Art. 37 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, el informe médico ajustado a las reglas del sistema para la determinación y medición de las lesiones temporales, incumpliendo por completo la carga de la prueba que le incumbe.

Pues bien, como tiene declarado esta Audiencia Provincial en sentencia de 4 de julio de 2018, "los informes médicos que se acompañan a la demanda, acreditativos de la realidad y alcance de las lesiones, aun cuando no se ajusten en su literalidad a las reglas del Art. 37 citado, sí son suficientes para acreditar las lesiones del actor, así como la determinación y medición de las lesiones temporales, cuya indemnización se pretende, pues lo importante es que, a través de los correspondientes informes médicos, se pueda calcular la naturaleza y alcance de las lesiones sufridas, a fin de calcular el quantum de la indemnización, pues insistimos, lo que exige dicho precepto es que exista la necesaria claridad a la hora de formular reclamaciones como consecuencia de las lesiones padecidas".

No podemos aceptar la tesis de la parte apelante, según la cual, si los informes médicos no se ajustan a la literalidad de los preceptos citados es obligatorio desestimar la demanda, **porque hemos de estar a las previsiones del Art. 217 LEC, sobre las reglas de la carga de la prueba, de modo que, si bien es cierto, que corresponde a la actora acreditar los hechos constitutivos de la pretensión, no lo es menos, que dicha prueba puede tener lugar con los medios probatorios previstos en la LEC, y no solamente con el exhaustivo informe que debe acompañar a la demanda como postula la parte apelante. Esta rigurosa interpretación y exigencia, podría ser contraria al derecho a la tutela judicial efectiva proclamada en el Art. 24 CE.**



Referencia al INFORME MÉDICO CONCLUYENTE para lesiones cervicales menores.

- AP de Ourense (Sección 1ª) Sentencia núm. 319/2018 de 10 octubre

Añade el apartado 2 de dicho precepto legal que la secuela que derive de un traumatismo cervical menor se indemniza sólo si un **informe médico concluyente** acredita su existencia tras el período de lesión temporal. Esta exigencia legal se ve reforzada en el artículo 37 del mismo texto normativo, en cuyo punto 1 se establece que la determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse "mediante informe médico ajustado a las reglas de este sistema". Al tratarse de informes asistenciales no son suficientes a los efectos de dar cumplimiento a la exigencia legal de los arts. 37 y 135 de la Ley 35/2015. Este último precepto precisamente, **partiendo de que como los traumatismos cervicales menores no resultan susceptibles de verificación mediante pruebas médicas complementarias y con el fin de evitar la incertidumbre probatoria que las lesiones subjetivas de tal naturaleza provocan y la evitación de abusos, exige que para que se indemnicen como lesiones temporales deben superar no solo unos criterios estrictos de causalidad genérica (de exclusión, cronológico, topográfico y de intensidad), sino también deben fundarse en un marco probatorio mínimo y estricto, consistente en la aportación de "un informe médico concluyente" que acredite su existencia tras el período de lesión temporal.** En el caso de autos falta dicho informe que, además de los descritos aspectos formales, impide la atribución de suficiente certeza acreditativa de las pretensiones actoras, teniendo en cuenta que la prueba de las lesiones, su alcance y su relación de causalidad con el siniestro corresponde a la parte demandante ( artículos 217.1 y 2 de la LEC (RCL 2000, 34, 962 y RCL 2001, 1892) ), constituyendo causa de desestimación de la demanda la falta de prueba sobre tales extremos o las dudas subyacentes sobre los mismos que no han sido despejadas.



Necesidad de Informe Médico concluyente si se reclaman secuelas del art. 135

- AP de Barcelona (Sección 17ª) Sentencia núm. 7/2019 de 9 enero

Además **en el supuesto de que se reclamen secuelas será necesario informe médico concluyente** que acredite su existencia, requiriéndose un "plus" en su acreditación al exigir el legislador que el informe sea concluyente respecto a la presencia de las mismas, por lo que deberán haberse realizado pruebas que permitan objetivar la presencia de secuelas. Así si bien es cierto que las algias son subjetivas también debe tenerse presente que existen pruebas médicas consistentes en el contacto físico y/o visual con el lesionado para, mediante palpación o solicitud de realizar determinados movimientos, comprobar la presencia de las algias referidas por el perjudicado.

Además, como sostiene la sentencia de instancia, **los informes asistenciales aportados por la parte actora no cumplen los requisitos de los art. 37 y 135 de la ley 35/2015**, puesto que el informe de urgencias, informe de visita el 25 de enero, partes de baja y alta, hoja de asistencias, y el informe de evolución no reúnen en este supuesto los requisitos para ser considerados informes médicos que se ajusten a las reglas del sistema a los efectos de fijar la indemnización objeto de reclamación.

En este sentido debe tenerse presente que si bien la ley no exige la aportación de un informe pericial médico sí que constituye requisito legal la aportación de informes médicos de los que resulten elementos que permitan sostener cuando se trata de traumatismos cervicales menores que se cumplen los criterios de causalidad genérica previstos en el art. 135 de la ley 35/15, así como el período correspondiente a lesiones temporales a que se refiere el art. 134, y las secuelas conforme a lo establecido en el art. 135.2 de la ley. Por tanto, lo relevante a efectos probatorios es que la documentación médica aportada por la parte actora permita acreditar la relación de causalidad de las lesiones por las que se reclama, el período correspondiente a lesiones temporales (diferenciando si se trata de perjuicio básico o particular a los efectos de fijar la cuantía de la indemnización) y la certeza de las secuelas que se reclamen.

Asimismo respecto a la secuela por la que reclama la actora no cabe admitir que la documentación aportada constituya informe médico concluyente que acredite la existencia de la misma, puesto que en el informe de evolución sólo consta que la actora refería dorso-lumbalgia mecánica ocasional, sin que de ello quepa concluir que se ha acreditado la existencia de secuela de algia postraumática de la columna cervical y lumbar que es respecto a la que la actora solicita indemnización



Tipos informes art. 7 - informe pericial judicial - informe médico concluyente

- AP de Córdoba (Sección 1ª) Sentencia num. 825/2018 de 20 diciembre

Sobre dicha base y aún cuando los **informe médicos referidos a lo largo del T.R. obedecen a diversos tipos (información médica asistencial art. 7.1; informes periciales privados del art. 7.2; informe médico definitivo del art. 7.3; informes periciales complementarios del art. 7.5; informe médico concluyente del art. 135.2)**, lo cierto y relevante como punto de partida, es que **los mismos, no pueden ser considerados como prueba pericial regulada en los arts. 335 y ss. de Lec ., porque inicialmente no están pre ordenados al procedimiento judicial sino para servir de fundamento a la negociación entre el lesionado y el asegurador** en el correspondiente proceso previo (art. 7 del T.R.); si bien procesalmente si pueden servir de fundamento a la convicción judicial sobre la realidad de los hechos que reflejan por vía de integrar una documental privada no impugnada en su autenticidad y estado de cosas que documentan, o por vía del interrogatorio de su autor en calidad de testigo-perito ex art. 370.4 de LEC.

Precisamente por ello, es decir, por la falta de lineal asimilación entre dichos informes médicos y la prueba pericial médica en el proceso judicial posterior, es por lo que las partes pueden aportar informes periciales conforme a las exigencias previstas en los arts. 335 y ss. de Lec . y, en particular, un informe pericial médico sobre los daños corporales del lesionado, informe que viene expresamente previsto en el art. 336.5 de LEC.

**Y si bien es cierto, que el T.R. no explica qué convierte en "concluyente" el informe médico y lo diferencia del "ordinario", de forma que nos sitúa ante un concepto jurídico indeterminado**, no podemos dejar de relacionar dicho concepto con un reforzado recordatorio de la ausencia de dudas referida, como presupuesto de la estimación de la pretensión, en el art. 217.1 de Lec . y, por tanto, **considerar que concluyente hace referencia a que el traumatismo cervical menor esté acreditado con pruebas diagnósticas objetivas y no simplemente con las manifestaciones subjetivas del perjudicado.**

En la **S.A.P. de Orense de 10 de octubre de 2018** , el concepto de informe médico concluyente se relaciona no sólo con los criterios estrictos de causalidad genérica ex art. 135.1 del T.R. (de exclusión, cronológico, topográfico y de intensidad) sino con marco probatorio "estricto". En **S.A.P. de Cáceres de 26 de septiembre de 2018** , se expresa que con el término concluyente "el legislador ha querido exigir la determinación inequívoca de la existencia de secuelas derivadas de traumatismo cervical menor... el referido término hay que entenderlo como sinónimo de informe médico definitivo, convincente, indiscutible, irrefutable, rotundo y categórico. En **S.A.P. de Valencia de 9 de julio de 2018** , se indica que dicho término debe de entenderse como "informe médico que objetiva la realidad de las secuelas que son reclamadas". Y en **S.A. P. de Álava de 28 de junio de 2018** , se indica que "el informe médico concluyente debe aclarar que existe un nexo causal, que la lesión surgió en un breve espacio de tiempo, y que está ubicada físicamente donde el paciente recibió el golpe".



No aportación de informe ajustado pero con intervención en juicio del traumatólogo y de la fisioterapeuta. Art. 37 se refiere a la reclamación extrajudicial.

- AP de Salamanca (Sección 1ª) Sentencia núm. 498/2018 de 17 diciembre

En consecuencia, no acogemos las alegaciones de la apelante, la sentencia resuelve la alegación y lo hace en el fundamento jurídico segundo, considerando que **puede resolver la controversia con el material probatorio que ha sido traído a las actuaciones sin que por otra parte las alegaciones a propósito del art. 37 de la Ley 35/2015 , revistan carácter de excepción procesal.**

Dicho precepto guarda relación con la reclamación extrajudicial, nunca con la reclamación en vía judicial en la que el lesionado **puede valerse de los medios de prueba que considere oportunos.** Además, incluso en sede de reclamación extrajudicial, lo que se exige al perjudicado es únicamente la identificación y datos relevantes de quien o quienes reclaman, una declaración sobre las circunstancias del accidente, identificación del vehículo y conductor intervinientes, así como la información médica o pericial de cualquier otro tipo que permita la adecuada cuantificación de los daños y perjuicios ocasionados (art. 7 nº 1 del TR sobre responsabilidad civil y seguro de la circulación de vehículos a motor).

**Cuestión distinta lo es, sin la documentación médica y las demás pruebas practicadas en el acto del juicio se consideran suficientes por el juzgador para acreditar las lesiones y secuelas por las que se reclama en un procedimiento judicial. Las testificales practicadas por facultativos y rehabilitadores junto con la amplia documental aportada con la demanda.**

Así como la **intervención** en la vista del juicio oral del **traumatólogo** Doctor Domingo y de la **fisioterapeuta** que trataron a la demandante tras el accidente, durante el periodo reflejado en la documental, constituyen como así valora el juez, un acervo probatorio suficiente con total garantías y que desde la inmediación judicial en la función netamente jurisdiccional, potestad que no puede ser sustraída en un procedimiento judicial, por otros requisitos o exigencias en el ámbito de una reclamación extrajudicial, son como así lo han sido en la sentencia de instancia, suficientes para afirmar la relación causal entre el siniestro y las lesiones y secuela padecidas por la actora.



No es preceptivo informe pericial con la demanda, si no la aportación de un informe médico ajustado a las reglas del sistema. Comparativa de criterios en distintas AP.

- AP Oviedo (Sección 4ª) Sentencia núm 6/2019 de 10 de enero

Esta segunda línea interpretativa es la que viene siguiendo esta Audiencia. Así, la Sentencia de 19 de abril de 2018 de la Sección 7ª señala que no se está imponiendo que la parte actora presente un informe pericial de las lesiones -aun cuando sea el medio probatorio más conveniente-, sino que el informe médico se adecue a las exigencias del sistema de valoración, y la Sentencia de 4 de julio de 2018 de la Sección 5ª considera suficientes los informes médicos aportados en los que se explican y detallan las dolencias y tratamientos que permiten fijar el tiempo de curación, así como la existencia de una leve secuela.

Esta misma Sala, en su Sentencia de 21 de marzo de 2018, poniendo en relación el artículo 37.1 con el 135.2 de la misma Ley, señaló que la **Ley no precisa lo que deba entenderse como "informe médico concluyente", ni el grado de adecuación a las reglas del sistema, y que por concluyente, en el ámbito de la ciencia médica no cabe estar a su significación gramatical de irrefutable, impropio de esta esfera, sino más bien a la seriedad y motivación del dictamen, que éste, valorado conforme a las reglas de la sana crítica ( artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento civil ), permita concluir en apreciar la existencia de la secuela, valorando al efecto los informes médicos existentes, entre ellos los del médico asistencial y la propia historia clínica del Centro de Salud.**

Y en la posterior Sentencia de 12 de septiembre de 2018 hemos considerado, asimismo, que "el hecho de que no se hubiese recabado en su momento un informe médico ajustado a las reglas del sistema ante la reclamación del perjudicado, no debe impedir que éste articule su pretensión con base en todos aquellos informes médicos de que disponga emitidos con ocasión de la asistencia y el tratamiento recibidos por las lesiones sufridas en el accidente".

**Así pues, si en el presente caso, pese a no ajustarse a las reglas del sistema, el informe del médico asistencial, Dr. Melchor, describe claramente cuál era el estado clínico de la lesionada cuando causó alta definitiva el 11 de septiembre de 2017,** siendo entonces cuando debe valorarse la persistencia de secuelas una vez finalizado el proceso de curación, que incluyó el tratamiento rehabilitador llevado a cabo hasta esa misma fecha, y dicho estado venía caracterizado por seguir presentando una dorsalgia moderada y objetivarse a la exploración una contractura moderada de la musculatura dorsal derecha, ello permite su incardinación sin mayor dificultad entre las secuelas descritas en el baremo médico, concretamente en las algias postraumáticas cronificadas y permanentes derivadas de traumatismos menores de la columna vertebral (código 03005).

**El Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida  
ocasionada por las secuelas**

**9**

### **Artículo 107.** *Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas.*

La indemnización por pérdida de calidad de vida tiene por objeto compensar el perjuicio moral particular que sufre la víctima por las secuelas que impiden o limitan su autonomía personal para realizar las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o su desarrollo personal mediante actividades específicas.

### **Artículo 108.** *Grados del perjuicio moral por pérdida de calidad de vida.*

1. El perjuicio por pérdida de calidad de vida puede ser muy grave, grave, moderado o leve.
2. El perjuicio muy grave es aquél en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria. 3. El perjuicio grave es aquél en el que el lesionado pierde su autonomía personal para realizar algunas de las actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o la mayor parte de sus actividades específicas de desarrollo personal. El perjuicio moral por la pérdida de toda posibilidad de realizar una actividad laboral o profesional también se considera perjuicio grave.
4. El perjuicio moderado es aquél en el que el lesionado pierde la posibilidad de llevar a cabo una parte relevante de sus actividades específicas de desarrollo personal. El perjuicio moral por la pérdida de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo también se considera perjuicio moderado.
5. El perjuicio leve es aquél en el que el lesionado con secuelas de más de seis puntos pierde la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial trascendencia en su desarrollo personal. El perjuicio moral por la limitación o pérdida parcial de la actividad laboral o profesional que se venía ejerciendo se considera perjuicio leve con independencia del número de puntos que se otorguen a las secuelas.

### **Artículo 109.** *Medición del perjuicio por pérdida de calidad de vida.*

1. Cada uno de los grados del perjuicio se cuantifica mediante una horquilla indemnizatoria que establece un mínimo y un máximo expresado en euros.
2. Los parámetros para la determinación de la cuantía del perjuicio son la importancia y el número de las actividades afectadas y la edad del lesionado que expresa la previsible duración del perjuicio.
3. El máximo de la horquilla correspondiente a cada grado de perjuicio es superior al mínimo asignado al perjuicio del grado de mayor gravedad precedente.

- CASO PRÁCTICO: DEMANDA DONDE SE RECLAMAN 3 PUNTOS DE SECUELAS + PMPCV (MENOS DE 6 PUNTOS.)

## CUANTÍA DE LA DEMANDA

Según informe pericial al documento nº. 5.1.

### POR LESIONES:

#### I.- DÍAS:

**67 días** de Perjuicio Personal Particular Moderado: (Arts. 138.4 en relación con el art. 40 de la LRCSCVM) (52,26 €/día) ..... **3.501,42 €.**  
**39 días** de Perjuicio Personal Básico (30,15 €/día) ..... **1.175,85 €.**

#### II.-SECUELAS:

Algias postraumáticas sin compromiso radicular y/o síndrome cervical asociado (03.013): **3 puntos** ..... **2.521,62 €.**

III.- “PERJUICIO MORAL POR PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA OCACIONADA POR LAS SECUELAS” en grado **LEVE límite inferior**. Art. 108.5 *in fine* y TABLA 2.B-3). De 1.507,51 € a 15.075,10 € se reclama la suma de: ..... **1.507,51€.**



**INGENIERÍA FORESTAL, S.A.**

Delegación Madrid: .  
C/ . 3.  
Polígono Industrial Prado del Espino.  
28660 – Boadilla del Monte (Madrid)  
7

D. . . . ., CON D.N.I. Nº . . . . . Y, COMO  
REPRESENTANTE DE LA EMPRESA INGENIERIA FORESTAL, S.A.,

**CERTIFICA:** que, **D. FELIPE . . . . .** con D.N.I. Nº . . . . .  
se encuentra trabajando actualmente para INGENIERIA FORESTAL, S.A. como  
Conductor Forestal de Prevención y Extinción\* dentro del Operativo de Prevención y  
Extinción de Incendios Forestales en la zona oeste de la Comunidad de Madrid.

\*\*\*Conductor forestal de prevención y extinción: Es el/la trabajador/a que con total dominio y adecuado rendimiento conducirá los vehículos asignados, será responsable del estado del vehículo, su conservación y la reparación, tanto en ruta como a pie de obra, de las averías más elementales. Así mismo, será responsable del transporte del personal adscrito al vehículo tanto en incendios como en tareas preventivas. Colaborará igualmente en tareas de prevención y extinción, incluyendo el manejo y mantenimiento del equipamiento de extinción del vehículo. Si bien tendrá un tiempo diario para el mantenimiento y verificación del vehículo y de sus equipos de extinción. Este trabajador deberá estar en posesión del permiso de conducción adecuado al vehículo.” (Art. 10 del III Convenio Colectivo de Prevención-Extinción de Incendios Forestales de la Comunidad de Madrid).

Y para que conste a todos los efectos expido el presente en Madrid, a quince de enero de dos mil dieciocho.

  
**INGENIERIA FORESTAL, S.A.**



**JDO.1A.INST.E INSTRUCCION N.2  
ARENAS DE SAN PEDRO**

SENTENCIA: 00110/2018

PLAZA CONDESTABLE DAVALOS S/N  
Teléfono: 920372549/59, Fax: 920371575  
Correo electrónico: mixto2.arenasdesanpedro@justicia.es

Equipo/usuario: 03  
Modelo: N04390

N.I.G.: 05014 41 1 2018 0000259

**ORD PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000 /2018**

Procedimiento origen: /

Sobre OTRAS MATERIA

DEMANDANTE D/ña. :

Procurador/a Sr/a. :

Abogado/a Sr/a. :

DEMANDADO D/ña. MUTUA MADRILEÑA AUTOMIVILISTA

Procurador/a Sr/a. :

Abogado/a Sr/a. :

**SENTENCIA**

En Arenas de San Pedro, a 9 de Noviembre de 2018.

Vistos por mí, D<sup>a</sup>. [redacted], Juez Sustituto del Juzgado de Primera Instancia e Instrucción n<sup>o</sup> 2 de esta ciudad y su Partido Judicial, los presentes autos del juicio ordinario núm. 117/2018 en el que interviene, como demandante don [redacted] representada por el Procurador D. [redacted] co y asistida por el Letrado D. Manuel Emilio Castellanos y, como demandado, la entidad MUTUA MADRILEÑA, representados por la Procuradora D<sup>a</sup> [redacted] z, en ejercicio de una acción de reclamación de cantidad.

**ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el Procurador de los Tribunales D. [redacted] en representación de don [redacted] ro se interpuso demanda de juicio ordinario contra la compañía de seguros MUTUA

NOTIFICACIÓN LEXNET by kmaleon  
Tlf. 920-370449 - Fax. 920-372838

: 201810240064691

>> MANUEL CASTELLANOS PICCIRILLI  
Tlf. 91 567 01 45 - Fax. 91 572 00 61  
C-77/18

20-11-2018

10/14



Así las cosas, es de destacar que este perito admite que si existen casos que tras un esguince cervical se tensa y se rectifica, lo que viene a coincidir con la conclusión del perito de la actora que al respecto afirma contundentemente, que en la imagen se aprecia que la curva del cuello es recta y ello es porque el músculo está tenso, rectificación de columna que tiene su origen en la contractura, concluyendo que ha de tenerse en cuenta que hay un nexo causal, al existir un antecedente traumático.

Se opone igualmente la compañía demandada a que le sea concedida indemnización alguna en concepto de secuelas, descritas por la demandante como **algias postraumáticas sin compromiso radicular y/o síndrome cervical asociado.** Considera el perito de la actora que la limitación de la movilidad es un hallazgo objetivo, considerando los síntomas que presenta el lesionado hallazgos subjetivos. Ha de significarse, como exponíamos anteriormente, que la secuela solo podrá ser apreciada por el perito que haya procedido al examen personal del lesionado, siendo así que el perito de la demandada no realizó tal examen, como si lo efectuó el perito de la actora.

Por último, la demandada, se opone a que se indemnice en concepto de **perjuicio moral por pérdida de calidad de vida,** considerando que el lesionado ha sanado sin que le reste secuelas. Si bien esta Juzgadora como exponíamos entiende a la vista del informe pericial de la actora, que al demandante sí que le restan secuelas y contractura cervical y cervicalgia. Pues bien, teniendo en cuenta las tareas que desempeñaba el lesionado, a la vista del certificado por INGENIERIA FORESTAL S.A., y partiendo de las secuelas descritas el perito Sr. Puente concluyó que **las mismas repercutirían en el trabajo que venía desarrollando.**

**TERCERO.-**Para la cuantificación de la indemnización debe de ser aplicado el baremo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de M 35/2015 de 22 de septiembre,

# El Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas



correspondiendo al demandante D. Felipe una indemnización, por lesiones:

- Por 67 días de perjuicio personal particular moderado a razón de 52,26 euros días: 3.501,42 euros- Por 39 días de perjuicio personal básico a 30,15 euros día : 1.175, 85.

-Por 3 puntos de secuelas, consistente en algias postraumáticas sin compromiso radicular y/o síndrome cervical asociado: 2.521,62 euros.

-Por perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por la secuela en grado leve límite inferior, 1.507,51 euros.

**CUARTO.**-En cuanto a los intereses, el actor interesa la aplicación de los intereses del artículo 20 LCS. Por su parte, la compañía demandada se opone entendiendo que se efectuó una oferta motivada dentro de los plazos legales.

Según resulta del apartado tercero del artículo 20 de la LCS y del artículo 7.2 de la LRCSCVM, el asegurador incurrirá en el pago de intereses de demora si en el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado no presenta una oferta motivada de indemnización o no ofrece una respuesta motivada en la que rechace la reclamación.

La respuesta motivada de rechazo debe justificar el motivo que impide efectuar la oferta, incluyendo los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga, incluyendo el informe médico definitivo, que acrediten las razones para no dar una motivada. Y incluirá una mención a que no requiere aceptación o rechazo expreso por el perjudicado, ni afecta al ejercicio de futuras acciones (artículo 7.3 y 7.4).

En el caso de autos consta demostrado que la compañía aseguradora emitió respuesta de rechazo dentro del plazo legal, pero es lo cierto que



en tal respuesta de fecha 23 de noviembre de 2017, ni justifica el motivo del rechazo ni aporta el informe médico definitivo, por lo que cabe imputarle ninguna falta de diligencia en el cumplimiento de sus obligaciones legales y en consecuencia imponerle los correspondientes intereses de demora.

**QUINTO.-Costas:** En relación a las costas procesales derivadas de la acción ejercitada en la demanda al haber sido estimada íntegramente la misma, deben ser impuestas a la parte demandada-art. 394.2 LEC-.

#### PARTE DISPOSITIVA

**DEBO ESTIMAR Y ESTIMO INTEGRAMENTETE** la acción ejercitada por D. FELIPE [REDACTED] contra la mercantil "MUTUA MADRILEÑA", **CONDENANDO** a la demandada a indemnizar al demandante en la cantidad de OCHO MIL SETECIENTOS SEIS CON CUARENTA EUROS (8.706,40 euros), cantidad incrementada con los intereses del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro, todo ello con imposición a la demandada de las costas procesales causadas en este procedimiento.

Notifíquese esta sentencia a las partes, haciéndoles saber que contra



### CONCLUSIONES

1. Que D. [redacted] sufrió accidente de tráfico el 28 de Enero de 2017.
2. Que sufrió lesiones derivadas de dicho accidente, diagnosticadas de esguince cervical o cervicalgia traumática.
3. Que las lesiones se estabilizaron en no más de 75 días, 7 de ellos de perjuicio personal particular moderado y 68 de perjuicio básico.
4. Que no padece secuelas funcionales.
5. Que en caso de aportarse un informe biomecánico concluyente que descartase umbral mínimo necesario para producirse lesiones, secundaríamos dichas conclusiones plenamente, con valoración de 0 días en tal caso.

Leído y firmado el presente informe bajo promesa de decir verdad y actuando con la mayor objetividad posible conforme a mi leal saber y entender, tomando en consideración indistintamente lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes y conociendo las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliese mi deber como perito.

Segovia, 21 de Mayo de 2.018

Fdo. Dr. José [redacted]



P.M.P.C.V. AUNQUE LA VÍCTIMA SEA JUBILADA: >6 PUNTOS

- AP Girona (Sección 1ª) núm. 395/2018 de 19 septiembre

... el motivo por el que se denuncia error en la apreciación de las pruebas e infracción de los arts. 107, 108 y 109 debe ser parcialmente acogido. La recurrente interesa la indemnización equivalente a **veinte puntos** de secuela por **pérdida de calidad** de vida, concepto éste que el baremo vertebraba en cuatro grados de **perjuicio moral**, el muy grave, el grave, el moderado y el leve y que la recurrente estimó que se correspondía con el concepto "**perjuicio moral muy grave**". Pues bien, aunque las fuentes probatorias afectantes a este concepto son las mismas que las referidas en el FDº anterior, no, por ello las conclusiones a alcanzar han de coincidir con las que negaban la necesidad de auxilio diario constante y permanente. En tal sentido, **la Sala considera que para una persona octogenaria que hasta el momento del accidente disponía de plena autonomía, el hecho de ver mermadas sus facultades deambulatorias al tener que auxiliarse de un andador y de un bastón, el perjuicio moral ocasionado excede de la simple "levedad", estimando razonable encuadrar dicho "déficit" dentro del perjuicio moral moderado por encima de la media de su horquilla, esto es, en 40.000 €, lo que incrementará la cifra otorgada en 25.000 €, haciendo un total indemnizatorio de SETENTA Y CUATRO MIL TREINTA Y SEIS EUROS (74.036 €).**



<6 PUNTOS HAY QUE ACREDITAR PROFESIÓN Y LABORES PROPIAS QUE RESULTAN MERMADAS. EN ESTE CASO HORQUILLA INFERIOR.

- AP Zaragoza (Sección 1ª) núm. 260/2018 de 15 octubre

*Sobre la pérdida de calidad de vida.-*

Corolario de lo expuesto es que, el nuevo bien jurídico, consiste en una suerte de daño moral fundado en la afectación de determinadas actividades que el lesionado no podrá realizar en atención a su edad.

Por ello, debe analizarse el concreto número de actividades perdidas, la intensidad de dicha pérdida, y ello relacionado con la edad del lesionado, con las actividades esenciales de la vida y la pérdida de la autonomía, con el desarrollo personal a través de la actividad laboral y con la no laboral. La demanda rectora no ofrece ninguno de los requisitos expuestos y exigidos en la norma y se limita a hacer un "totum revolutum, con la incapacidad temporal, las secuelas y el **perjuicio moral** por **perdida** de **calidad** de vida leve y a solicitar por tal concepto la suma de 12.000€. La Sentencia concede la totalidad de lo pedido, graduando de leve el grado del perjuicio, tal y como se había solicitado en la demanda y todo ello, " *en el entendimiento de que concurren las demás circunstancias, atendida la edad, la profesión y la secuela que le resta a la actora*" (fundamento tercero). Se desconoce todo lo relativo a la profesión, aficiones, actividades etc., que pudiera venir realizando la demandante y solo contamos con su edad de 47 años. **Los informe médicos practicados tampoco contemplan este extremo. De otro lado la oposición al recurso tampoco ofrece ninguno de estos datos. Nada se conoce en orden a cómo afecta la secuela en el quehacer diario de la demandante, carga probatoria que incumbía a ella. Ante tal situación de desconocimiento, debe apreciarse el recurso en este extremo y fijar en la horquilla mínima de 1.500€ la indemnización por dicho perjuicio moral.**



## PMPCV TAMBIÉN POR P.E.-DIFERENCIAS CON EL PERJUICIO PARTICULAR

- AP Coruña (Sección 3ª) núm. 115/2018 de 23 marzo

Tiene razón el recurrente cuando plantea que el perjuicio particular o perjuicio moral por pérdida de calidad de vida (artículos 107 , 108 y 109 sí es aplicable al perjuicio estético, y no solamente a las secuelas generadoras de perjuicio psicofísico, orgánico o funcional, como se afirmó en el acto del juicio, y en cierta forma se recoge la sentencia apelada. El artículo 93.1 del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor norma el concepto legal de secuela, afirmando que son *«las deficiencias físicas, intelectuales, orgánicas y sensoriales y los perjuicios estéticos que derivan de una lesión y permanecen una vez finalizado el proceso de curación»* . Es decir, el perjuicio estético sí es una secuela a todos los efectos de la mencionada Ley.

Como sostiene la parte apelante, el artículo 103, al establecer las reglas de aplicación del perjuicio estético, preceptúa que la puntuación *«no incluye la ponderación de su incidencia sobre las diversas actividades del lesionado, cuyo específico perjuicio se valora a través del perjuicio particular de pérdida de calidad de vida»* ; ergo, la influencia negativa que pueda generar esa afectación estética en las actividades del lesionado (que se definen en el artículo 54) sí deben valorarse aparte, y precisamente como perjuicio particular de pérdida de calidad de vida. Es un mandato claro y directo. Por lo que no puede sostenerse que el resarcimiento de "pérdida de calidad de vida" no sea aplicable a las secuelas estéticas.

No puede confundirse el daño moral complementario con el perjuicio particular de pérdida de calidad de vida. Son conceptos distintos. El artículo 104, al valorar las secuelas -tanto el perjuicio psicofísico, orgánico o funcional, como el perjuicio estético- ya indica que la indemnización de la tabla 2.A.2 comprende el resarcimiento económico del «daño moral ordinario». **El daño moral extraordinario o complementario (el que se produce cuando la puntuación es muy elevada, y por lo tanto se supone que las secuelas también lo son) se regula tanto para el perjuicio psicofísico, orgánico o funcional (artículo 105), como para el perjuicio estético (artículo 106).** Pero el perjuicio particular de pérdida de calidad de vida es distinto, es la repercusión que esas secuelas producen en la vida del lesionado, de tal manera que impiden o limitan su autonomía para realizar actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria o su desarrollo personal mediante actividades específicas. Es por ello que la tabla 2.B escala y diferencia el daño moral complementario de la indemnización correspondiente al perjuicio particular de pérdida de calidad de vida.



SE CONCEDEN CON UN ARGUMENTO ALGO DISCUTIBLE

- AP León (Sección 2ª) Sentencia núm 339/2018 de 20 de noviembre

Sentado lo anterior procede entrar a conocer acerca de la indemnización interesada por la recurrente, discrepando las partes respecto al alcance de las lesiones y secuelas padecidas por la misma, a raíz del accidente que nos ocupa, a la existencia de **perjuicio moral** leve por **perdida de calidad de vida** como consecuencia de las secuelas y en cuanto a los gastos solicitados.

Se reclama a su vez por el concepto de **perjuicio moral** leve de calidad de vida por las secuelas, 1.500 euros, y ello en base al art. 108.5 de la LRCSCVM, en su redacción actual que establece como perjuicio leve, "aquel en el que el lesionado con secuelas de más de seis puntos pierde la posibilidad de llevar a cabo actividades específicas que tengan especial transcendencia en su desarrollo personal", por lo que **procede igualmente acceder a dicha petición, toda vez que durante el periodo que tardó en curar de sus lesiones, no pudo desarrollar no solo su normal actividad laboral, sino también las relativas a su vida personal cotidiana.**

**Intereses del art. 20 LCS por incumplimiento  
requisitos OM**

**10**

### **Artículo 9. Mora del asegurador.**

Si el asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación en el seguro de responsabilidad civil para la cobertura de los daños y perjuicios causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación, la indemnización de daños y perjuicios debidos por el asegurador se regirá por lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, con las siguientes singularidades:

- a) No se impondrán intereses por mora cuando el asegurador acredite haber presentado al perjudicado la oferta motivada de indemnización a que se refieren los artículos 7.2 y 22.1 de esta Ley, siempre que la oferta se haga dentro del plazo previsto en los citados artículos y se ajusten en cuanto a su contenido a lo previsto en el artículo 7.3 de esta Ley. La falta de devengo de intereses de demora se limitará a la cantidad ofertada y satisfecha o consignada.
- b) Cuando los daños causados a las personas hubiesen de sufrirse por éstas durante más de tres meses o su exacta valoración no pudiera ser determinada a efectos de la presentación de la oferta motivada a que se refiere la letra a) de este artículo, el órgano jurisdiccional correspondiente, a la vista de las circunstancias del caso y de los dictámenes e informes que precise, resolverá sobre la suficiencia o ampliación de la cantidad ofrecida y consignada por el asegurador, atendiendo a los criterios del Título IV y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el Anexo de esta Ley. Contra la resolución judicial que recaiga no cabrá recurso alguno.
- c) Cuando, con posterioridad a una sentencia absolutoria o a otra resolución judicial que ponga fin, provisional o definitivamente, a un proceso penal y en la que se haya acordado que la suma consignada sea devuelta al asegurador o la consignación realizada en otra forma quede sin efecto, se inicie proceso civil en razón de la indemnización debida por el seguro, será aplicable lo dispuesto en el artículo 20.4 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, salvo que nuevamente se consigne la indemnización dentro de los 10 días siguientes a la notificación al asegurado del inicio del proceso.



## SUPUESTOS EN LOS QUE SE LIBERA AL ASEGURADOR

STS. S.1ª de 17 de enero de 2017 (Seijas Quintana)

La jurisprudencia de la Sala Primera, dice la sentencia de 29 de noviembre 2005 , contempla específicamente algunos supuestos en los que estima que concurre una circunstancia que libera al asegurador del pago de los intereses moratorios:

a) Cuando la determinación de la causa del pago del asegurador haya de efectuarse por el órgano jurisdiccional, en especial cuando es discutible la existencia o realidad del siniestro, como sucede cuando no se han determinado sus causas y esto es determinante de la indemnización o de su cuantía, y cuando exista discusión entre las partes, no sobre el importe exacto de la indemnización, sino sobre la procedencia o no de cubrir el siniestro.

b) Cuando junto a la necesidad de acudir al órgano jurisdiccional competente para la determinación de la causa, culposa o no, de la producción del siniestro, sea necesaria la decisión judicial para la fijación exacta de la cantidad que debe abonar el asegurador por vía de indemnización ante las discrepancias existentes entre las partes, y.

c) Aquellos supuestos en los que la complejidad de las relaciones habidas entre las partes litigantes excluyen la fácil determinación de la cantidad realmente adeudada.

A su vez, la sentencia que también se cita en el motivo de 14 de noviembre 2002 declara que para eliminar la condena de intereses **no basta con la mera incertidumbre de la cantidad a pagar por la aseguradora** sino que es preciso valorar, fundamentalmente, si la resistencia de la aseguradora a abonar lo que, al menos con toda certeza, le incumbía, estaba o no justificada o el retraso en el pago le era o no imputable, siendo lo decisivo por tanto la actitud de la aseguradora ante una obligación resarcitoria no nacida de la sentencia ni necesitada de una especial intimación del acreedor.

En general, la Jurisprudencia ha estimado **injustificada** la demora en el pago de la indemnización cuando:

- Resulta ficticia la polémica creada sobre la cuantía de la indemnización o la oposición adolece de evidente fragilidad ( SS TS 7 de mayo de 2001 , 25 de abril de 2002 , 8 noviembre 2004 , 1 julio 2008 y 26 octubre 2010 , entre otras).
- Sin que baste como justificación la mera oposición al pago o las maniobras dilatorias por parte de la entidad aseguradora, aunque se formule en un proceso judicial ( SS TS 25 abril 2002 , 8 noviembre 2004 , 15 de diciembre de 2005 , 2 marzo 2006 , 21 diciembre 2007 y 7 junio 2010 ).
- La mera discusión en torno a la cobertura ( SS TS 7 enero y 8 abril 2010 ), pues la razón del mandato legal radica en impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados ( SS 16 marzo 2004 , 15 diciembre 2005 , 11 diciembre 2006 , 21 diciembre 2007 y 11 abril 2011 ).
- La sola discusión acerca de la cuantía de la indemnización pretendida, así como la creencia del asegurador de que corresponde una indemnización inferior a la pedida, cuando ésta se revela justa o razonable ( SS TS 6 abril 1990 , 3 octubre 1991 , 31 enero 1992 , 3 diciembre 1994 , 20 mayo 2004 ), sin que la mera iliquidez sea por sí misma excusa razonable para que el asegurador pueda demorar el pago ( SS 10 diciembre 2004 , 29 noviembre 2005 , 9 febrero 2007 , 29 septiembre 2010 y 1 febrero 2011 ).

Se ha considerado **justificada** la mora en los casos:

- En que es discutible la existencia o realidad del siniestro, como sucede cuando no se han averiguado sus causas siendo necesario acudir al órgano jurisdiccional competente para determinarlas, o hay una discrepancia razonable y objetiva sobre su cobertura ( SS TS 4 septiembre 1995 , 12 marzo 2001 , 10 diciembre 2004 , 29 noviembre 2005 , 10 mayo 2006 y 18 octubre 2007 ),
- Cuando la complejidad de las relaciones habidas entre las partes excluye la fácil determinación de la cantidad realmente adeudada ( SS 5 marzo 1992 , 10 diciembre 2004 , 29 noviembre 2005 y 8 marzo 2006 ), o bien la reclamación es de cuantía exagerada ( SS TS 17 diciembre 2003 y 21 diciembre 2007 ).



Omisión del deber de diligencia de la aseguradora

AP de A Coruña (Sección 5ª) Sentencia num. 214/2018 de 28 junio

la sentencia recurrida hace una interpretación incorrecta del citado art. 20 de la LCS al no aplicarlo al presente caso, **ante el absoluto impago o falta de consignación de la prestación debida, o de cualquier otra que pudiera estimarse adecuada, y el transcurso del plazo legal que determina el inicio de la mora** con arreglo al art. 20-3º de la LCS , en relación con lo dispuesto en el art. 9 del TRLRCSCVM. También consideramos que **se ha incumplido el deber de diligencia** que corresponde al asegurador, a fin de determinar el alcance aproximado de los daños y perjuicios producidos por el siniestro e intentar una rápida satisfacción de la indemnización, mediante la oportuna oferta motivada, sin que se haya acreditado la concurrencia de una causa justificada impeditiva del pago, con arreglo al art. 20-8º de la LCS , revelándose, por el contrario, insuficiente la causa alegada por la recurrente para quedar exonerada del expresado interés de demora, puesto que no se ha discutido fundadamente la realidad o la cobertura del siniestro, ni se aprecia una especial complejidad en la controversia, de orden puramente fáctico y probatorio, **sin que baste para exonerarle de la obligación de satisfacer el interés moratorio discutido la mera disconformidad del asegurador con la responsabilidad exigida, alegando la falta de relación causal entre el daño corporal causado y el accidente, con base en un simple informe de biomecánica**, que la propia sentencia recurrida considera inconsistente para desvirtuar la causalidad inicialmente discutida frente a los numerosos informes médicos que la acreditan, habiendo sido acogidos sólo en parte los motivos de oposición de la demandada a las indemnizaciones solicitadas. En consecuencia, no cabe entender cumplido por la aseguradora demandada el expresado deber de diligencia, por la concurrencia de una causa justificada, que evite la aplicación de los intereses moratorios, de modo que le deben ser impuestos desde la fecha del siniestro, estimando el expresado motivo de recurso.



No puede oponerse alegando desconocimiento de alguna circunstancia del siniestro

AP de Guipúzcoa (Sección 1ª) Sentencia num. 154/2018 de 6 julio

---

La Cia. de Seguros no presentó una oferta motivada de indemnización en los plazos legales. Al respecto, las sucesivas respuestas motivadas formuladas por la Cia. de Seguro Mapfre SA entre el 21 de julio de 2015 y el 14 de septiembre de 2016, en las que **se comunicaba que no se podía realizar una oferta de indemnización al no estar acreditada la posición que ocupaba en el vehículo (conductor u ocupante) el Sr. Fidel en el momento del accidente, no supone el cumplimiento del deber impuesto en el artículo 9 del Real Decreto legislativo 8/2004.** Y ello porque, cuanto menos, desde el día 6 de abril de 2016 la entidad Mapfre- personada en el procedimiento penal- tenía conocimiento de que judicialmente se imputaba a su asegurado la comisión de un delito de conducción bajo la influencia del consumo abusivo de bebidas alcohólicas y otro de homicidio causado por imprudencia grave (auto de transformación de las diligencias previas en procedimiento abreviado, folios 320 y 321) sin que desde ese momento- y han transcurrido ya más de dos años- hubiese efectuado una oferta motivada de indemnización. Procede, por lo tanto, la condena a los intereses moratorios en los términos fijados en la sentencia de instancia



TAMPOCO ALEGANDO FALTA DE LARACIÓN CAUSA-EFECTO

AP de Barcelona (Sección 17ª) Sentencia num. 653/2018 de 13 septiembre

En el presente supuesto la parte actora acreditó haber efectuado reclamación previa a la parte demandada de conformidad con lo previsto en el art. 7 de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor , a lo que **la demandada remitió respuesta motivada alegando falta de causalidad entre el accidente y las lesiones**. Por tanto, no se presentó oferta motivada ni se procedió a la consignación o pago de cantidad alguna, y por ello de conformidad con lo previsto en los mencionados art. 7 y 9 procedía la imposición de los intereses del art. 20 LCS .

En consecuencia, debe estimarse el recurso de apelación y condenar a la parte demandada al abono de los intereses del art. 20 LCS .



AP de Barcelona (Sección 1ª) Sentencia núm. 524/2018 de 25 septiembre

*En el caso de seguros, consta efectuado ofrecimiento de pago (3.404,05 €) de la compañía demandada (22/4/16) que no fue contestado por la demandante, y consignación de la misma cantidad efectuada (12/5/16) a través de expediente de jurisdicción voluntaria, al que tampoco compareció la actora, además de la consignación en el seno del procedimiento ordinario. La parte actora en la demanda admitió que efectuada reclamación extrajudicial se ofertó por la aseguradora demandada dicha cantidad, alegando que no admitió dicha oferta porque no era suficiente dadas las lesiones y gastos sufridos por la lesionada. Por tanto, no procede el pago de los intereses de demora previstos en el artículo 20 LCS citado, por cuanto la falta de pago de la indemnización, habiéndose realizado correctamente la oferta de indemnización, se debió a causa no imputable a la aseguradora.*

A close-up photograph of a person's hand holding an open brass compass. The compass is circular with a white face and black markings for degrees and cardinal directions. The needle is visible, pointing towards the top. The hand is wearing a dark grey sweater with a white ribbed cuff. The background is a blurred, natural outdoor setting.

Conclusiones

## CONCLUSIONES:

### “AÚN ES PRONTO”

- Solo 3 años desde entrada en vigor. Los asuntos tardan en llegar a las A.P.
- Resoluciones sobre admisión a trámite y procedibilidad, no propiamente del sistema (art. 403 LEC en relación con art. 7 LRCSCVM)
- Las resoluciones estudiadas afrontan, de modo muy superficial, temática solo referida a lesiones LEVES.
- Arrastran decisiones ya tomadas con el anterior sistema sobre aspecto que les son comunes (criterios de causalidad genérica, estabilización lesional, gastos, intereses...)
- Pocas resoluciones (o ninguna) en las Audiencias Provinciales abordan aspectos nuevos de interés en fallecimientos o lesiones graves.
- Por ahora no tenemos interpretaciones del baremo de los conceptos mas complejos del sistema (Título IV)

A dark blue background with a bokeh effect of out-of-focus circles in various shades of blue, green, and white. The circles vary in size and brightness, creating a soft, glowing effect.

Gracias por su atención

[www.anavarc.org](http://www.anavarc.org)

[administracion@anavarc.org](mailto:administracion@anavarc.org)