

AUDIENCIA PROVINCIAL SECCION 2 de Santander

Apelaciones juicios ordinarios 0000420/2022

NIG: 3908741120210002580

AP004

Avda Pedro San Martin S/N Santander Tfno: 942357123 Fax: 942357142

Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Nº 1 de Torrelavega de Torrelavega
Procedimiento Ordinario 0000397/2021 - 0

Puede relacionarse telemáticamente con esta Admón. a través de la sede electrónica.
(Acceso Vereda para personas jurídicas) WWW000

S E N T E N C I A Nº 000581/2023

Ilmo. Sr. Presidente. D. José Arsuaga Cortázar Ilmos. Srs. Magistrados.

Dª. Milagros Martínez Rionda.

D. Justo Manuel García Barros.

=====

En la Ciudad de Santander, a trece de noviembre de

dos mil veintitrés.

Esta Sección Segunda de la Ilma. Audiencia Provincial de Cantabria ha visto en grado de apelación los presentes Autos de juicio Ordinario núm. 397 de 2021, Rollo de Sala núm. 420 de 2022, procedentes del Juzgado de Primera Instancia núm. 1 de Torrelavega, seguidos a instancia de D^a Aurelia contra ALLIANZ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A..

En esta segunda instancia ha sido parte apelante, D^a

Aurelia, representada por la Procuradora Sra. Diana

Cordero González y defendida por la Letrada Sra. María Ibáñez de

Aldecoa Plaza; y apelada la parte demandada ALLIANZ COMPAÑÍA

DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., representada por la

1

L o c a l i z a d o r /
Lokalizatzailea3907537002-26e7d519eca86e2fe7f828a5ee1a6a72zLPVAA==

Procuradora Sra. María Dolores Cicero Bra y defendida por el Letrado Sr. Rafael Pérez del Olmo.

Es ponente de esta resolución el magistrado Ilmo. Sr. D.

Justo Manuel García Barros.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO: Por el Ilmo. Sr. Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia núm. 1 de Torrelavega, y en los autos ya referenciados, se dictó en fecha 15 de marzo de 2022 Sentencia, cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente: "**FALLO:** *Que debo estimar y estimo, en parte, la demanda interpuesta por la procuradora doña Diana Cordero González, en representación de doña Aurelia, contra Allianz, Compañía de seguros y reaseguros, SA, representada por el procurador don Leopoldo Pérez del Olmo, y condeno a la demandada a indemnizar a la actora con 3.302,88 €, más el interés legal incrementado en un 50 % desde la fecha del siniestro hasta el completo pago, si bien una vez transcurridos dos años no podrá ser inferior al 20 %. Cada parte abonará sus costas*".

SEGUNDO: Contra dicha Sentencia, la representación de la parte demandante D^a Aurelia, interpuso recurso de apelación, que se tuvo por interpuesto en tiempo y forma, y dado traslado del mismo a la contraparte, que se opuso al recurso, se elevaron las actuaciones a esta Ilma. Audiencia Provincial, en que se ha deliberado y fallado el recurso en el día señalado.

TERCERO: En la tramitación del recurso se han observado las prescripciones legales salvo el plazo de resolución en razón al número de recursos pendientes y su orden.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Se comparte los de la resolución recurrida en tanto no sean contradictorios con los que a continuación se establecen.

PRIMERO.- Resumen de antecedentes. 1.- Por la representación procesal de Doña Aurelia se presentó demanda contra la entidad aseguradora Allianz, en solicitud del abono de la cantidad de 7257,54 euros en concepto de indemnización por las lesiones y los gastos que tuvo como consecuencia de un accidente de circulación, con los intereses legales y el pago de las costas. La parte demandada contestó solicitando la desestimación de la demanda, a pesar de que reconocía que las citadas lesiones y los gastos eran susceptibles de indemnizarse en la cantidad de 3302,88 €. 2.- Tramitado como procedimiento ordinario se procedió a la celebración del juicio en el que, como única prueba, se oyó a la perito de la parte demandada. Se dicta sentencia de fecha 15 de marzo de 2022 por el Juzgado de Primera Instancia número 1 de

Torrelavega en la cual se estima parcialmente, condenando a la demandada a indemnizar a la actora con 3302,88 € más el interés legal incrementado en un 50% desde la fecha del siniestro hasta el completo pago, si bien una vez transcurridos 2 años no podrá ser inferior al 20%. No se impusieron especialmente las costas a ninguna de las partes. 3.- Se interpone el recurso de apelación por la parte actora y se opone al mismo la parte demandada.

SEGUNDO.- Hechos que tienen trascendencia para la resolución del recurso. No se ha puesto en cuestión por la parte demandada la forma en que ocurrió el accidente y tampoco la responsabilidad de su asegurado, y por ende de la propia entidad Allianz. El día 4 de julio de 2020 la actora conducía un vehículo por la autovía A-8 y colisiona contra la rueda de repuesto de un camión, asegurado por la demandada, que había quedado abandonada en la vía. Su automóvil fue declarado siniestro total. La señora Paulino acude al hospital de Basauri y es diagnosticada de cervico-lumbalgia postraumática, estableciéndose un tratamiento consistente en collar cervical, reposo relativo, medicación y control por su seguro del coche. Se le dio la baja laboral el día 4 de julio de 2020 y el alta el 15 de julio de ese mismo año al retirarse el collar cervical. El 10 de julio había acudido a consulta médica por una crisis de ansiedad. El 15 de julio de 2020 el médico traumatólogo señor Torcuato interesa rehabilitación. Se manifiesta por la actora que estuvo recibiendo algunas sesiones en la clínica Edemiro a instancia de su propia aseguradora pero posteriormente cambió a la clínica Fisioclinic, parece que por su propia decisión, y estuvo recibiendo sesiones, aproximadamente una cada semana, emitiéndose el alta médica el 13 de enero de 2021.

TERCERO.- Resolución del recurso. Motivos del mismo. La parte actora recurre por error en la valoración de la prueba e inaplicación del derecho sustantivo. En su propio recurso reconoce que el tema central del procedimiento no es otro que la diferencia existente entre las partes sobre la valoración del tiempo de curación. En efecto la parte actora ha solicitado en su demanda 11 días de perjuicio personal moderado y 182 días de perjuicio personal básico hasta el alta médica. También interesaba los gastos de asistencia médica y rehabilitación que han sido totalmente reconocidos y no van a ser objeto de este recurso. La parte demandada mantiene en su contestación que se deben valorar 12 días de perjuicio particular moderado y 54 días de perjuicio básico. La sentencia se inclina por esta última posición fundamentándola en que la parte actora no había dado cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 37.1 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, ya que no había presentado el informe médico ajustado a las reglas del sistema para fundamentar su reclamación. Se basa por tanto en la prueba practicada por la parte demandada, la cual sí que había presentado una pericial que acreditaba el tiempo que reconocía en su contestación. El primer motivo de apelación se basa en el artículo 7 de la referida LRCSCVM. Se mantiene por la parte recurrente que la oferta motivada que se le hizo por la entidad aseguradora no reunía los requisitos exigidos por la ley ya que no se había incluido el informe médico. Lo cierto es que en la oferta motivada que se recoge al documento número 17 de la demanda se acompaña un informe médico, con el carácter de dictamen, en el que por la doctora Miguel (que después lo ratificaría en el acto de la vista) se hace un resumen de los antecedentes y la fuente del informe y se valoran los daños personales que a su juicio son indemnizables. Ciertamente podría ser más completo o distinto pero tampoco se puede exigir otra cosa teniendo en cuenta que la parte actora no había aportado más

que los documentos médicos a los que se ha hecho antes referencia. En todo caso la ley no prevé una sanción civil distinta de la imposición de los intereses previstos en dicho artículo 7 y en el artículo 20 de la ley de contrato de seguro en caso de que la oferta motivada no reuniera todos los requisitos que se recogen en el primero de estos artículos. Ciertamente se prevé que constituya una infracción administrativa grave o leve, o pero eso no tiene trascendencia en este procedimiento civil. De ninguna manera la falta de aportación del informe médico debería suponer que se estimara la pretensión de la parte contraria sin practicarse pruebas por su parte.

CUARTO.- La necesaria aportación del informe Médico ajustado a las reglas del sistema. Se plantea también por la parte recurrente que no se puede desestimar la demanda por no haberse aportado informe pericial ya que no es necesario en el caso concreto. Lo cierto es que el artículo 37.1 de la LRCSCVM establece que "La determinación y medición de las secuelas y de las lesiones temporales ha de realizarse mediante informe médico ajustado a las reglas del sistema." Es decir, que es carga de la parte demandante (artículo 217 LEC), acreditar las lesiones que padece su representado mediante un informe médico que las valore conforme al baremo recogido en la mencionada ley. Se ha pretendido con ello evitar la habitual práctica existente con anterioridad a la modificación de la LRCSCVM por la Ley 35/2015, según la cual los propios letrados establecían los días de baja e incluso las secuelas a su libre arbitrio. Ciertamente la interpretación de esta norma ha ocasionado frecuentes discrepancias entre los tribunales al seguir unos el criterio literal de la misma y otros un criterio más flexible que admitía cualquier tipo de informe médico que pudiera llevar a la determinación de las lesiones temporales, y más infrecuentemente incluso de las secuelas. La sentencia de la Audiencia Provincial de Salamanca de 31 de julio de 2023, haciéndose eco de estos dos criterios, recoge que: " La Jurisprudencia está dividida al interpretar este precepto, existiendo algunas Audiencias que efectuando una interpretación casi literal del mismo, consideran que por informe médico ajustado a las reglas del sistema, debe de entenderse un informe médico pericial que establezca las lesiones, días de curación y secuelas, pronunciándose sobre la relación de causalidad entre el siniestro y la lesión y, otras, efectuando una interpretación más flexible, mantienen que basta un informe o documentación médica en la que se describan todos estos conceptos y que pueda ser valorado por el juzgador con arreglo a las normas sobre valoración de la prueba sin necesidad de que se trate de un informe pericial." A continuación recoge las sentencias más importante de cada hoy una de estas posiciones jurisprudenciales. Nuestra audiencia provincial recogía ya en la sentencia de 17 de diciembre de 2021 la necesidad de aportación de dicho informe médico ajustado a las reglas del sistema de valoración. Esto mismo se volvió a reiterar en la de 13 de octubre de 2022 de esta misma Sección en la que se decía: "La lesionada no aportó un informe médico ajustado a las reglas del sistema de valoración del daño personal como exige el art. 37,1 del TRLRCSCVM del que se desprenda la realidad de esa baja laboral y su relación causal con los hechos enjuiciados, sino únicamente informes clínicos y los partes de baja y alta expedidos por facultativos del sistema publico de salud;" En la reciente sentencia de 4 de abril de 2023 de esta sección se volvía a decir que: "Establece el Art. 37.1 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, 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. Es decir, no es suficiente un informe médico o clínico del facultativo que ha pautado el tratamiento y hecho seguimiento de la evolución del mismo, sino un informe pericial de valoración que cumpla los requisitos del Art. 335 LEC. El recurrente se aparta de tal exigencia

legal puesto que lo que aporta es, precisamente, un informe clínico que no reúne los requisitos exigidos por la norma, de forma más allá del valor probatorio que pueda concedérsele en relación con la asistencia facultativa y la realidad del tratamiento, no puede sustituir al exigido por la norma." Es cierto que en ocasiones y con un criterio flexible se ha podido admitir los simples documentos médicos sin que se tratara propiamente de un informe pericial, pero esto puede tener trascendencia cuando ninguna de las partes haya aportado pericial ajustada al sistema, lo que no es el caso en este que nos ocupa. Aquí la parte actora tenía conocimiento de la discrepancia de la entidad aseguradora con el cómputo del tiempo que había estado en tratamiento pues así se lo había hecho saber en la oferta motivada. De acuerdo con la normativa anteriormente referida podía haber aportado un informe pericial. En caso de que no lo tuviera podía haber solicitado una pericial judicial para acreditar estos extremos. Y, en caso de que no quisiera gastarse más dinero, como mantiene en el recurso, podía acudir a lo dispuesto en el artículo 7. 5 de la LRCSCVM para solicitar al Instituto de Medicina Legal el informe en el que poder basar su reclamación. No ha acudido a ninguna de dichas posibilidades por lo que es absolutamente conforme a la ley la decisión del juez de la instancia de desestimar la pretensión deducida por la parte actora. Por último se mantiene por la parte actora que el informe pericial de la aseguradora es irrelevante puesto a que se ha emitido sin conocer las circunstancias relevantes para el caso o ignorando algunas de ellas. Lo cierto es que, como antes hemos puesto de relieve, la prueba del tiempo que estuvo en tratamiento le corresponde a la parte actora y por ello la falta de acreditación del mismo podía llevar incluso la desestimación de la demanda. La existencia de un informe presentado por la parte contraria ha permitido estimar parcialmente la misma aplicando el principio de adquisición procesal (Probado un hecho resulta indiferente la parte que haya aportado la prueba en virtud del principio de adquisición procesal). No es cierto que con la documentación presentada pudiera llegarse a las conclusiones que pretende la parte actora ya que no ha quedado acreditado que por ningún facultativo se haya hecho un seguimiento de la rehabilitación realizada. Es cierto que el traumatólogo doctor Torcuato le remitió a rehabilitación y posteriormente le dio el alta. Pero en ningún momento consta el número de sesiones que se debía haber realizado, como suele ser habitual, ni la frecuencia de las mismas. Tampoco se ha aportado un informe del rehabilitador que explique el criterio por el cual la rehabilitación en este caso se llevaba a cabo un día a la semana, cuando es de general conocimiento que la efectividad de la misma depende de llevarla a cabo con una mayor frecuencia. Por otro lado la propia parte actora en su demanda pone de relieve que se cambió de rehabilitador y se fue a uno que eligió ella misma, sin que se haya justificado el motivo de dicho cambio. Todo ello nos lleva a entender, como hizo el Magistrado Juez de la primera instancia, que la parte actora no acreditaba de forma clara, y ajustándose a los criterios legales, cuál fuera el tiempo durante el que precisó esta rehabilitación y por tanto el tiempo de curación de las lesiones, por lo que la fijación del mismo se debe hacer teniendo en cuenta el informe de la perito de la parte demandada. Esto supone la desestimación total del recurso de apelación.

QUINTO.- Costas. Al producirse una desestimación total del recurso de apelación interpuesto se deben imponer las costas a la parte recurrente de conformidad con lo dispuesto en el artículo 398 de la LEC. Así, en ejercicio de la potestad jurisdiccional que nos ha conferido la Constitución Española, y en nombre de Su Majestad El Rey,

FALLO

LA SALA ACUERDA: desestimar totalmente el recurso de apelación interpuesto por la representación de Doña Aurelia contra la sentencia de fecha 15 de marzo de 2022 del Juzgado de Primera Instancia nº 1 de Torrelavega, que se confirma.

Se imponen las costas de esta alzada a la parte

recurrente.

Contra la presente resolución puede interponerse los recursos extraordinarios por infracción procesal y de casación ante este mismo Tribunal en el plazo de los veinte contados desde el siguiente a su notificación, debiendo constituirse y acreditarse en dicho instante el depósito previsto en la Disposición Adicional 15ª LOPJ (EDL 1985/8754).

Así, por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

DILIGENCIA: Seguidamente se procede a

cumplimentar la notificación de la anterior resolución. Doy fe.

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de

Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, las partes e intervinientes en el presente procedimiento judicial quedan informadas de la incorporación de sus datos personales a los ficheros jurisdiccionales de este órgano judicial, responsable de su tratamiento, con la exclusiva finalidad de llevar a cabo la tramitación del mismo y su posterior ejecución. El Consejo General del Poder Judicial es la autoridad de control en materia de protección de datos de naturaleza personal contenidos en ficheros jurisdiccionales.