



JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA N.5 OVIEDO

SENTENCIA: 00063/2017

C/ CONCEPCIÓN ARENAL Nº 3-5º (ANTES C/ CTE. CABALLERO); CÓDIGO POSTAL 33005 - OVIEDO

Teléfono: 985 968 890 // 889

Fax: 985 968 891

Equipo/usuario: TDC

Modelo: N04390

N.I.G.: 33044 42 1 2016 0007082

ORD PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000490 /2016

Procedimiento origen: /

Sobre OTRAS MATERIAS

DEMANDANTE D/ña. LUIS [REDACTED]

Procurador/a Sr/a. ISABEL [REDACTED]

Abogado/a Sr/a. DAVID GONZALEZ LABRADOR

DEMANDADO D/ña. [REDACTED] Y REASEGUROS SA

Procurador/a Sr/a. [REDACTED]

Abogado/a Sr/a. JOSE LUIS [REDACTED]

SENTENCIA Nº 63/2017

En Oviedo, a 6 de Abril de 2017

Vistos por mí, D^a Virginia Otero [REDACTED] Magistrado Juez Titular del Juzgado de Primera Instancia número Cinco de Oviedo y su Partido los presentes autos de juicio Ordinario nº 490/2016 seguidos a instancia de D. Luis [REDACTED] representado por la Procuradora Sra. C [REDACTED] y asistido por el Letrado Sr. González contra la entidad de [REDACTED] representada por la [REDACTED]

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. Por la Procuradora Sra. [REDACTED]do, en nombre y representación de D. Luis [REDACTED] se presentó demanda de Juicio Ordinario, en base a los hechos y fundamentos de derecho que tuvo por convenientes y constan en autos.

SEGUNDO. Por Decreto de fecha 14 de Octubre de 2016 se admitió a trámite la demanda, acordando dar traslado a la parte demandada y, con fecha 14 de noviembre de 2016 se presentó escrito de contestación a la demanda.

Mediante Diligencia de Ordenación se señaló para la celebración de la Audiencia Previa el día 14 de febrero de 2017.



PRINCIPADO DE
ASTURIAS

TERCERO. El día señalado se celebró la Audiencia Previa, en que las partes se afirmaron y ratificaron respectivamente en los escritos presentados, solicitando el recibimiento del pleito a prueba y admitiéndose, se señaló día y hora para la celebración de juicio.

CUARTO. El día señalado se celebró el acto del Juicio, practicándose la prueba propuesta y admitida con el resultado que obra en las actuaciones.

QUINTO. En la tramitación del presente procedimiento se han observado los requisitos procesales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. Se ejerce por la parte actora en el presente procedimiento acción por la que solicita que, previos los trámites legales, se dicte sentencia por la que se condene a la entidad demandada a indemnizar al demandante en la cantidad total de 282.299,01 euros.

Todo ello más los intereses legales y costas.

SEGUNDO. En apoyo de sus pretensiones la parte acora alega que el 10 de noviembre del año 2014, D. Luis, que circulaba en bicicleta por la Calle Francisco Pintado Fe, fue atropellado por la conductora del vehículo asegurado en la entidad demandada que se incorporó a la circulación sin respetar la señal que la obligaba y sin percatarse de la presencia del ciclista.

La acción ejercitada con la demanda es la de responsabilidad civil derivada de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la circulación de Vehículos a Motor en la redacción dada por Ley 30/1995, de 8 de noviembre, la cual diferencia en su artículo 1 según se trate de daños personales o bien de perjuicios materiales.

Para los primeros (daños a las personas) la indemnización solicitada habrá de satisfacerse salvo que la contraparte justifique la culpa exclusiva de la víctima o la fuerza mayor extraña a la conducción, y si concurriere negligencia del perjudicado y del conductor en la producción del resultado lesivo procedería la moderación de la responsabilidad y repartimiento en la cuantía de la indemnización, atendida la



entidad respectiva de las culpas concurrentes en la producción del siniestro.

Así lo expresa la jurisprudencia y la Sentencia de la Audiencia Provincial de Córdoba de 16 de julio de 2003 precisó, refiriéndose a la L.R.C.S.C.V.M, lo que sigue: *"Como sostiene la sentencia de instancia resulta de aplicación la reiterada doctrina jurisprudencial que, diferenciando los daños personales y materiales producidos en el accidente de circulación da un tratamiento diferente a la exigencia de responsabilidad civil, de tal forma que cuando se producen daños personales se articula un sistema de responsabilidad cuasi-objetiva en el que únicamente son oponibles la culpa exclusiva de la víctima o la fuerza mayor extraña al vehículo, mientras que si las consecuencias del siniestro son daños materiales rige el sistema clásico que exige la cumplida acreditación de la culpa del agente en los términos del art. 1902 del CC"*.

Resultan también interesantes los argumentos plasmados en la Sentencia de la Audiencia Provincial de La Coruña de 10 de septiembre de 1999, que son del siguiente tenor literal: *"Es cierto que "ex" artículo 1902 la responsabilidad extracontractual se basa en el criterio de la culpabilidad, pero no lo es menos que la Jurisprudencia ha ido evolucionando hacia un sistema que, sin hacer plena abstracción del factor moral o psicológico y juicio de valor sobre la conducta del agente, viene a aceptar soluciones cuasi-objetivas demandadas por el incremento de las actividades peligrosas propias del desarrollo tecnológico y por el principio de ponerse a cargo de quien obtiene el beneficio o provecho la indemnización del quebranto sufrido por tercero, habiéndose producido un acercamiento a la responsabilidad por riesgo, en una mayor medida, en los supuestos de resultados dañosos originados en el ámbito de la circulación de vehículos de motor (SSTS 7-4-1997 10-3-1997). En concordancia con dicha responsabilidad el artículo 1 de la Ley de Circulación de Vehículos de Motor*





establece una asunción por el conductor de las consecuencias del riesgo creado con la circulación reforzando, a efectos de indemnización, la postura de los perjudicados en caso de sufrir daños personales pues sólo es evitable dicha indemnización si se prueba que los hechos ocurrieron, en lo que ahora nos interesa, por culpa exclusiva de la víctima".

En esta misma orientación, se pronunció la Sentencia de la Audiencia Provincial de Las Palmas de 16 de octubre de 2003: *"Finalmente, reclamándose daños personales como consecuencia de accidente de circulación, y de acuerdo con una constante jurisprudencia, cuyo general conocimiento excusa la cita de concretas sentencias, correspondía a los demandados la prueba de que tales daños personales fueron debidos, bien a fuerza mayor o caso fortuito, o bien a culpa exclusiva de la víctima".*

En conclusión, el artículo 1 de la LRCSCVM determina la responsabilidad del conductor de vehículos de motor de los daños causados a las personas o en los bienes con motivo de la circulación. Esta responsabilidad es basada en dicho precepto de manera expresa tras la reforma operada en el mismo por la Ley 30/95 de 8 de noviembre en el riesgo creado por la conducción de aquellos, que no es sino transposición a la norma de la asentada corriente jurisprudencial que justifica el deber de indemnizar en el riesgo creado por la utilización de elementos peligrosos capaces de dañar a las personas o a las cosas, con la consiguiente inversión de la carga de la prueba que para facilitar el resarcimiento se producía. Sin embargo, la reforma no excluye la exoneración de la responsabilidad cuando se prueba que los daños fueron debidos "únicamente" a la conducta o la negligencia del perjudicado o a la fuerza mayor extraña a la conducción o al funcionamiento de vehículo. Eso si, añade la nueva normativa la posibilidad no contemplada anteriormente de la reducción o moderación de la responsabilidad cuando se produzca la denominada concurrencia o compensación de culpas. Pero, en todos estos





supuestos, por efectos del mecanismo de desplazamiento de la carga probatoria, corresponde la demostración del hecho impeditivo o excluyente al que aporta los medios creadores del riesgo a la relación causal. Evidentemente, como ha señalado la jurisprudencia, la prueba de la culpa de la víctima, tanto para la exoneración total cuando sea exclusiva, como para la compensación cuando sólo sea parcial e influyente hará de ser exigida con tremendo rigor por los Tribunales para evitar que ante situaciones dudosas puedan las víctimas de los accidentes quedar desprotegidas frente a quien ha participado en la relación de causalidad con medios fácilmente susceptibles de causar daños a terceras personas.

Aplicando la anterior doctrina al caso que nos ocupa es un hecho no controvertido y admitido por la parte demandada la responsabilidad en la causación del siniestro que se atribuye a la conductora del vehículo asegurado por aquella, al irrumpir en el carril por el que circulaba correctamente en bicicleta el demandante y cuya trayectoria fue así interrumpida.

TERCERO. Examinando a continuación la reclamación relativa a los días de sanidad, lo primero que debe ser tenido en consideración es que periodo de sanidad es aquel que va desde el accidente hasta la estabilización de las lesiones, siendo que a partir de ese momento surge la secuela que por definición supone ya imposibilidad de mejora en la dolencia; como dice la SAP de Valencia de 24 de Mayo de 2003: "Cuando la lesión en su evolución alcanza un estado en el que no se prevén cambios se considera que se ha producido una estabilización lesional persistiendo un estado residual o secuela que puede ser subsidiaria de terapias rehabilitadoras."

Y en este sentido, existe en las actuaciones sendos informes periciales aportados tanto por la parte actora como por la demandada, existiendo discrepancia en relación al periodo de





sanidad ya que si bien ambos peritos coinciden en fijar el tiempo de hospitalización (14 días), realizan una valoración diversa del resto del periodo hasta la estabilización lesional, señalando el perito de la actora que precisó un total de 447 días, de los cuales 14 días fueron de hospitalización, 280 días fueron de carácter impeditivo y 153 días de carácter no impeditivo. Frente a lo anterior, por el perito de la demandada se indica que D. Luis precisó 261 días hasta alcanzar la estabilidad lesional, de los que 14 días fueron de hospitalización, 187 días fueron impeditivos y 60 días de sanidad no impeditivos. Así las cosas, la fijación del concreto espacio exige el examen de estos informes junto con la restante documental médica obrante en las actuaciones y a estos efectos reviste especial interés la emitida no sólo por el servicio de medicina intensiva y por el servicio de neuropsicología, sino también por la clínica reintegra, por ser el centro donde el demandante siguió el tratamiento de rehabilitación indicado. De este modo lo primero que debe tenerse en consideración es que tanto por el servicio de neurocirugía del HUCA como por la Unidad de neuropsicología clínica, se aconseja, entre octubre y noviembre del año 2015, la continuación del programa de rehabilitación que D. Luis estaba siguiendo; de ahí que se considere correcto fijar el fin del periodo de sanidad atendiendo al final del referido tratamiento, que según resulta del documento nº 9 de la demanda (Informe de alta de la clínica reintegra) debe fijarse el 22 de enero de 2016, lo que supone desde la fecha de siniestro que D. Luis precisó un total de **438 días** para alcanzar la estabilidad lesional, de lo cuales **14 días fueron de ingreso hospitalario**. A partir de aquí queda por determinar el periodo que fue de incapacidad.



En cuanto al carácter impeditivo del periodo, cabe destacar, en primer lugar, que, como ha indicado la SAP de La Coruña de fecha 15 de enero de 2008: *"en el apartado A) de la Tabla V del baremo anexo a la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro*



en la Circulación de Vehículos a Motor, al regular las indemnizaciones por "incapacidad temporal", en las indemnizaciones básicas distingue entre días con estancia hospitalaria y sin estancia hospitalaria. Y entre los segundos, a su vez los subdivide en día "impeditivo" y día "no impeditivo". La propia tabla contiene una llamada al pie, en la que se especifica que «se entiende por día de baja impeditivo aquel en que la víctima está incapacitada para desarrollar su ocupación o actividad habitual».

Debe tenerse en consideración que la redacción original del baremo pecó de intentar trasladar al ámbito de las indemnizaciones civiles por accidentes de tráfico unas tablas, expresiones y conceptos propios del ámbito de la Seguridad Social. Según se desprende del contenido del artículo 128 de la Ley General de la Seguridad Social, la situación de incapacidad laboral es aquella derivada de una enfermedad o accidente que ocasiona que un trabajador "esté impedido para el trabajo". Y esta es la idea que se traslada al baremo; hasta el punto que el límite máximo inicial era de dieciocho meses (según mención que se interlineaba en esta tabla), al igual que en el precepto comentado de la Ley General de la Seguridad Social. Como se dijo, se copian términos y conceptos del ámbito social. La consecuencia es que el concepto de baja médica (cuando sea transitoria) e incapacidad temporal son coincidentes a efectos de la Seguridad Social. Lo que supone que el trabajador, durante ese período, está impedido para realizar sus actividades laborales habituales. Lo que obligaría a sostener, siguiendo esta interpretación, que todos los días de baja laboral constituyen período de incapacidad temporal, y además debería considerarse siempre como días impeditivos. Y así era en el baremo en su origen. Simplemente no había distinción entre días impeditivos y no impeditivos, sino sólo entre hospitalarios y no hospitalarios.

La distorsión en la interpretación se produce porque esta subdivisión o distinción entre día "impeditivo" y "no





impeditivo" (que como se dijo no figuraba en el texto inicial del baremo instaurado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre) y que, se introduce por la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley 50/1998, de 30 diciembre, sin que en la Exposición de Motivos figure referencia alguna a la razón de la modificación. Pero lo que se implanta no es un concepto trasladado del ámbito del Derecho Social. Incluso la terminología y la definición que se inserta es contradictoria en sí misma. Si estamos en el ámbito de la incapacidad temporal (estar impedido para el trabajo) como se titula la tabla V, y los días "impeditivos" los definimos como aquéllos en que «la víctima está incapacitada para desarrollar su ocupación o actividad habitual», ante la definición coincidente, la pregunta es obvia ¿cuáles son los días constitutivos de una incapacidad temporal, y que no son impeditivos? Siguiendo los conceptos mencionados, simplemente no existen: todos los días de incapacidad temporal son impeditivos por definición.

La forma de llegar a una correcta interpretación de la norma (artículo 3.1 del Código Civil) es buscar una explicación a lo acontecido, su origen e intención del legislador. Al principio, como se dijo, sólo se contemplaban los días hospitalarios y los no hospitalarios de incapacidad (valorándose aquéllos en un 133% más que en éstos). Pero se consideró que con esta simple distinción no se contemplaban los supuestos actuales. Dejando al margen aquellas situaciones que se venían abonando como días hospitalarios aunque el paciente no estuviese ingresado (por ejemplo cuando tenía que guardar cama en su domicilio, precisaba el auxilio de una tercera persona para las actividades más elementales (comer, asearse, ir al baño, darle la medicación, etcétera) e incluso recibía los servicios sanitarios a través de la llamada "hospitalización a domicilio"), se observó que existían situaciones en la que pese a no ser una estancia hospitalaria (ni poder asimilarse), los padecimientos eran de tal





intensidad que no quedaban debidamente indemnizados (por ejemplo, la persona escayolada de una extremidad inferior, o de varias, que precisa una ayuda casi constante para muchas tareas ordinarias). Y es por eso que se introduce ese "tertius genus" (días impeditivos) cuya valoración casi duplica el día no impeditivo (que sigue manteniendo la misma proporción indemnizatoria que el día sin estancia hospitalaria original), y se acerca más al día de hospitalización. Pero no es un concepto traído del campo del Derecho Social, sino de la Medicina Legal.

Así entendido, la distinción real no está, como dice la aclaración de la llamada, en que «la víctima está incapacitada para desarrollar su ocupación o actividad habitual», sino en las actividades de la vida ordinaria. Si la víctima no está impedida para desempeñar su ocupación o actividad habitual, no puede estar en situación de incapacidad temporal. El matiz diferenciador debe buscarse en un "plus" en el padecimiento. No es simplemente estar de baja, sino además tener unas limitaciones físicas significativamente impeditivas, unos padecimientos, unos dolores, el requerir el auxilio de terceras personas de forma significativa. Siguiendo el ejemplo expuesto, son situaciones impeditivas la víctima que tiene ambas piernas enyesadas, que tiene que ir en una silla de ruedas, que debe ser auxiliado para casi todo. Pero no lo es quien rompe el radio y se lo enyesan, pues puede hacer casi todas las tareas de la vida diaria sin auxilio alguno. En un esguince cervical son días impeditivos los primeros, en los que la paciente sufre intensos dolores y molestias, precisa medicación analgésica, tiene problemas hasta para los pequeños movimientos cervicales, e incluso puede serle dificultoso conciliar el sueño por el dolor; pues le merma de forma significativa el desarrollo de su vida ordinaria. Pero no son impeditivos por el mero hecho de tener que portar un collarín, sin mayores repercusiones, porque puede realizar casi todas las actividades de la vida diaria. Y desde luego, no son



impeditivos los días invertidos para recibir mera rehabilitación ordinaria (cuestión distinta son supuestos excepcionales de terapias rehabilitadoras que incluso se asemejan bastante a estancias hospitalarias). Siguiendo el ejemplo expuesto, una vez que a una persona que tuvo una fractura de fémur inicia la rehabilitación, puede realizar la mayor parte de sus actividades diarias de forma autónoma, invierte sólo unas pocas horas al día en las sesiones, y no tiene mayores limitaciones. E igual cuando se acude a fisioterapia para relajar los músculos cervicales. Son unos días más o menos molestos y aún no alcanzó la sanidad (por eso se indemnizan), pero no son impeditivos (que es lo que justifica una indemnización muy superior).

Por último, pugna con el sentido común la tesis de que la baja laboral y los días impeditivos puedan coincidir en la actualidad. Según esa tesis, una persona estaría impedida para su trabajo habitual de una forma muy significada, y al día siguiente podría incorporarse plenamente a su trabajo. Siempre existe un período intermedio hasta alcanzar la sanidad."

Aplicando esta doctrina al supuesto que nos ocupa, es esencial tener en consideración que la documental médica obrante en el expediente revela la gravedad de las lesiones sufridas por D. Luis y, desde luego, el tratamiento a que el actor se sometió en el centro de rehabilitación neurológica Reintegra no puede considerarse como un normal tratamiento rehabilitador restringido a la recuperación física, pero sin desconocer su complejidad, la determinación del periodo de incapacidad debe fijarse atendiendo a la evolución favorable experimentada por D. Luis y en concreto, al tiempo en que obtiene autonomía bastante para no precisar ayuda en actos básicos de la vida cotidiana. Siendo así que según se informa por el Centro Reintegra con fecha 6/5/15, se realiza una valoración en el mes de abril de aquel año de la que resulta que el demandante ha experimentado una mejora global importante de los déficits cognitivos, físicos y de comunicación secundarios al



Traumatismo craneoencefálico, además de un considerable avance en términos de independencia funcional y, aunque persisten limitaciones moderadas que justifican la continuación del tratamiento rehabilitador, la mejoría experimentada permite fijar el fin del periodo de incapacidad a 27 de abril de 2015, esto es, cuando se concluye la referida valoración de la evolución. En consecuencia, se fija en **154 días**.

De este modo, por aplicación de la Resolución de fecha 5 de marzo de 2014, la cantidad en que corresponderá indemnizar a D. Luis por estos conceptos es de **18.487,10 euros**, correspondientes a 14 días de ingreso hospitalario (14 días x 71,84 euros/día = 1.005,86 euros), más días improductivos (154 días x 58,41 euros/día = 8.995,14 euros), más 270 días de sanidad no improductivos (270 días x 31,43 euros/día = 8.486,10 euros).

En cuanto a las secuelas, ambos peritos coinciden en apreciar en el lesionado un deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas, si bien discrepan en cuanto al grado de afectación, destacando el Dr. [REDACTED] que debe valorarse como grave, mientras que el Dr. De la [REDACTED] aprecia un grado leve. Así las cosas, de nuevo es preciso considerar el contenido de la documentación médica aportada, así como las declaraciones realizadas en el acto de la vista no sólo por los peritos, sino también por aquellos especialistas que trataron a D. Luis en su fase de rehabilitación y que han intervenido como testigos. En este sentido, se recibió declaración a D. Igor [REDACTED], responsable del centro [REDACTED] donde se siguió la rehabilitación por el lesionado, quien manifestó que cuando D. Luis llegó al centro presentaba un déficit generalizado a nivel cognitivo, con las funciones cognitivas altamente alteradas, persistiendo en la actualidad un déficit de memoria, con dificultad para retener lo que ocurre después del accidente, así como una limitación de las funciones ejecutivas en lo que afecta a la toma de decisiones que, en consecuencia, provoca que el demandante precise de asistencia, si bien igualmente el testigo declaró que sería desaconsejable una supervisión permanente. En términos muy similares declaró asimismo D. Juan [REDACTED] neuropsicólogo que ha realizado también seguimiento de D. Luis. Junto a lo anterior debe reseñarse que se ha recibido del mismo modo declaración a D. [REDACTED] responsable de la empresa de detectives que ha elaborado los informes acompañados con el escrito de contestación a la demanda, cuyo visionado se realizó en el acto de la vista. Pues bien, de la valoración conjunta de toda la prueba indicada, debe destacarse en primer lugar que el contenido de las grabaciones efectuadas por la empresa de detectives no revelan una situación distinta de la expresada por el personal médico y sanitario en orden a las limitaciones que



sufre D. Luis, toda vez que en los videos se puede apreciar cómo este realiza labores sencillas de cultivo de una huerta que consisten casi exclusivamente en remover tierra con una azada, encontrándose siempre en un recinto cerrado desde donde es trasladado en coche hacia su domicilio por otra persona y, el resto de actividades que se distinguen se limitan a salidas por los alrededores de su domicilio en Oviedo realizando algunas compras de escasa entidad y que exigen el manejo de pequeñas cantidades de dinero; el propio testigo Sr. ██████ manifestó que nunca le vio acudir a un banco o similar y que en la única conversación que mantuvo con D. Luis resultó fluida, si bien limitada a cuestiones intrascendentes de la vida cotidiana; situaciones todas ellas, carentes de complejidad, que también los médicos coincidieron en señalar que el demandante puede realizar y controlar.

Por todo ello, la secuela que presenta el actor debe graduarse como “Moderada” dentro de la descripción que se realiza en la propia norma como “limitación moderada de algunas, pero no de todas las funciones interpersonales y sociales de la vida cotidiana; existe necesidad de supervisión de las actividades de la vida diaria”. Ahora bien, atendido igualmente el grado de autonomía que, en la actualidad y tras el fin de los tratamientos reparadores, ha alcanzado D. Luis no procede fijar la máxima puntuación que al efecto contempla el baremo, sino que resulta ponderada su moderación en un grado intermedio que se considera adecuado establecer en **35 puntos**.

En segundo lugar se ha reclamado como secuela la existencia de un trastorno depresivo reactivo. En este caso discrepan ambos peritos en cuanto a la concurrencia de esta secuela, si bien su existencia queda acreditada a través de la prueba testifical, habiendo coincidido los testigos Sr. B█████ y Sr. Álvarez en indicar que es frecuente en este tipo de lesionados y enfermos que tan pronto como se obtiene una mejoría y aumenta la capacidad de autoconciencia, el paciente, al valorar la situación en la que se encuentra con sus nuevas circunstancias y lo que le ha ocurrido, reaccione a través de una fase depresiva, que es lo experimentado por D. Luis. Ahora bien, no cabe establecer para la misma la puntuación máxima, sino que debe fijarse dentro de su margen, considerando moderada la valoración en 7 puntos, toda vez que D. Luis ha conseguido mantener cierta actividad en su vida cotidiana que sin duda coadyuva a un mayor bienestar a pesar de la labilidad emocional que destacaron los profesionales en sus declaraciones.

Por tanto, las secuelas apreciadas, así como su valoración, determina que la cantidad en que deberá ser indemnizado D. Luis por este concepto sea de **42.256, 80 euros** (1.056,42 euros/pto x 40 ptos = 34.977, 95 euros).

CUARTO. En lo que respecta a la cantidad reclamada en concepto de incapacidad permanente absoluta, debe considerarse que, según resulta de la Tabla IV del baremo, la incapacidad permanente absoluta implica la existencia de secuelas permanentes que inhabiliten al incapacitado para la realización de cualquier ocupación o actividad, pero es evidente que la misma debe suponer una mayor limitación y gravedad que la que ya se pueda derivar de otras secuelas que hayan sido oportunamente apreciadas y valoradas. Y esto es precisamente lo que aquí concurre, toda vez que está acreditado, por la prueba documental y testifical practicada, que si bien D. Luis no trabajaba al tiempo del siniestro, sin embargo las limitaciones que sufre derivadas de las lesiones que le causó el atropello suponen un déficit o merma importante que debe ser valorado como incapacidad permanente, sin embargo, no en su grado de absoluta, sino más correctamente como incapacidad permanente total, puesto que el conjunto de la prueba revela que D. Luís aún mantiene autonomía para muchos actos de su vida cotidiana (puede vestirse sin ayuda, comer sin ayuda, sale a la calle sin precisar asistencia, realiza algunas compras sencillas...), precisando asistencia y supervisión para aquellos otros que implican una mayor complejidad y fundamentalmente en cuanto suponen la toma de decisiones. Procede, en consecuencia, la estimación de esta pretensión en los términos expuestos en esta resolución, si bien, teniendo en consideración que la situación de incapacidad permanente total se valora, desde el punto de vista legal, en un arco muy amplio, es conforme a las condiciones que presenta el actor fijarlo en su valor superior, toda vez que, además de las consideraciones antes expuestas acerca del estado actual que presenta D. Luís, deben tenerse también en consideración otras circunstancias como es el hecho que haya visto reducida su capacidad para circular libremente ya que si bien la prueba practicada por la demandada acreditó que actualmente sale solo de su casa y hace algunos recados, también resultó probado que para ello no se aleja de calles adyacentes a su domicilio. Por todo ello, debe fijarse la correspondiente indemnización por este concepto en la cantidad de **95.862,67 euros.**

SEXTO. En lo que respecta a otros gastos deben ser estimados todos aquellos que deriven del accidente y así resulta probado. Por ello, en el concreto supuesto que nos ocupa debe estimarse el importe de **450 euros** como valor de la bicicleta que resultó inservible y según presupuesto que se acompaña.

Del mismo modo procede acceder a las cantidades reclamadas por gastos de tratamiento rehabilitador, ya que obran en autos documentos médicos que pautaban rehabilitación y que acreditan que dicho tratamiento se recibió y que era necesario para la debida asistencia al perjudicado.

Por todo lo expuesto, la cantidad total en que deberá ser indemnizado D. Luis por todos los conceptos es de 182.353,57 euros, de la que deberá deducirse el importe total ya entregado de 24.785,68, resultando un importe debido por la entidad demandada de **157.567,89 euros**.

SÉPTIMO. En cuanto a los intereses, de conformidad con lo previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro de 1980, tras la reforma operada por la Ley 30/1995, la cuantía de la indemnización cuyo pago corresponda a la entidad aseguradora se incrementará con un interés anual equivalente al legal del dinero vigente incrementado en un 50%. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100, teniendo en consideración que de conformidad con la STS de 1/3/2007: “ (...) el interés de demora a satisfacer al lesionado por la aseguradora recurrente debe calcularse, durante los dos primeros años siguientes al siniestro, al tipo legal más su 50% y, a partir de ese momento, al tipo del 20% si aquel no resulta superior (...)”.

Ahora bien, interesa la parte demandada que se haga aplicación de lo dispuesto en el apartado 8º del precepto citado que señala que no habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

En relación con esta cuestión, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de septiembre de 2014 matiza que: “(...) *el recargo de los intereses por mora del asegurador tiene lugar cuando no se produce el pago de la indemnización por causa no justificada o imputable a la aseguradora. En su interpretación, tanto en su primitiva redacción, como en el texto vigente dado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, esta Sala ha declarado en reiteradas ocasiones que la indemnización establecida en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro tiene desde su génesis un marcado carácter sancionador y una finalidad claramente preventiva, en la medida en que sirve de acicate y estímulo para el cumplimiento de la obligación principal que pesa sobre el asegurador, cual es la del oportuno pago de la correspondiente indemnización capaz de proporcionar la restitución íntegra del derecho o interés legítimo del perjudicado. La mora de la aseguradora únicamente desaparece cuando de las circunstancias concurrentes en el siniestro o del texto de la póliza surge una incertidumbre sobre la cobertura del seguro que hace precisa la intervención del órgano jurisdiccional ante la discrepancia existente entre las partes al respecto, en tanto dicha incertidumbre no resulta despejada por la resolución judicial (...)*”.

Ahora bien, en el supuesto enjuiciado es evidente que han existido discrepancias sobre el alcance de los días de incapacidad y las secuelas, por ello debe recordarse que el Tribunal



Supremo en Sentencia de 5 de abril de 2016, concretó que “(...) esta Sala ha mantenido una interpretación restrictiva (...) En atención a esa jurisprudencia, si el retraso viene determinado por la tramitación de un proceso, para que la oposición de la aseguradora se valore como justificada a efectos de no imponerle intereses ha de examinarse la fundamentación de la misma, partiendo de las apreciaciones realizadas por el tribunal de instancia, al cual corresponde la fijación de los hechos probados y de las circunstancias concurrentes de naturaleza fáctica para integrar los presupuestos de la norma aplicada. Esta interpretación descarta que la mera existencia de un proceso, el mero hecho de acudir al mismo constituya causa que justifique por sí el retraso, o permita presumir la razonabilidad de la oposición. El proceso no es un óbice para imponer a la aseguradora los intereses a no ser que se aprecie una auténtica necesidad de acudir al litigio para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar (...) En aplicación de esta doctrina, la Sala ha valorado como justificada la oposición de la aseguradora que aboca al perjudicado o asegurado a un proceso cuando la resolución judicial se torna en imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura (...). Con carácter general, en fin, e invocando un modelo de conducta acrisolado, el propósito del artículo 20 LCS es sancionar la falta de pago de la indemnización, o de ofrecimiento de una indemnización adecuada, a partir del momento en que un ordenado asegurador, teniendo conocimiento del siniestro, la habría satisfecho u ofrecido. Siempre a salvo el derecho del asegurador de que se trate a cuestionar después o seguir cuestionando en juicio su obligación de pago y obtener, en su caso, la restitución de lo indebidamente satisfecho (...).”

Aplicando esta jurisprudencia al supuesto que nos ocupa en el que el importe satisfecho por la aseguradora previamente a la interposición de la demanda no alcanza siquiera la cuarta parte de lo reclamado y, además no ha existido consignación alguna una vez presentada ésta, no puede apreciarse la concurrencia de circunstancias previstas en el antes citado apartado 8º del artículo 20 de la LCS, por ello deben imponerse a la entidad demandada los intereses previstos en el artículo 20.4 de la citada norma.

NOVENO. En cuanto a las costas, de conformidad con el artículo 394 de la Lec, al ser estimada parcialmente la demanda, no procede hacer imposición de costas.

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



FALLO

Que estimando parcialmente la demanda interpuesta por D. [REDACTED] representado por la Procuradora Sra. C. [REDACTED] contra la entidad de Seguros [REDACTED] representada por la Procuradora Sra. [REDACTED] condeno a la entidad demandada a pagar al demandante la cantidad de **157.567,89 euros**, más los intereses legales correspondientes.

Todo ello sin hacer expresa imposición de costas.

Notifíquese esta resolución a las partes en la forma prevista en el artículo 248.4 de la LOPJ, haciendo saber que contra la misma cabe interponer recurso de apelación en el plazo de 20 días a contar desde su notificación.

Así lo manda y firma, D^a. [REDACTED] Magistrado Juez Titular del Juzgado de Primera Instancia nº 5 de Oviedo y su Partido.

Cabecera	
Remitente:	[3304442005] JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 5
Asunto:	Comunicación del Acontecimiento 43: RESOLUCION ACTUALIZA FASE: 'PASO A FIRMA' 00063/2017 Est.Resol
Fecha LexNET:	mié 12/04/2017 12:14:27

Datos particulares	
Remitente:	[3304442005] JDO. PRIMERA INSTANCIA N. 5
Destinatario:	ISABEL GARCIA-BERNARDO PENDAS
Traslado de copias:	-
Nº procedimiento:	0000490/2016
Tipo procedimiento:	ORD
Descripción:	
Su referencia:	-
Identificador en LexNET:	201710145756784

Archivos adjuntos	
Principal:	330444200500000040122017330444200511.PDF
Anexos:	-

Lista de Firmantes	
Firmas digitales:	-