

Audiencia Provincial de Granada, Sección 3ª, Sentencia 232/2025 de 22 May. 2025, Rec. 21/2024

Ponente: López Fuentes, José Luis

Ponente: López Fuentes, José Luis.

LA LEY 272363/2025

ECLI: ES:APGR:2025:1152

AUDIENCIA PROVINCIAL DE GRANADA

SECCIÓN TERCERA

RECURSO DE APELACIÓN Nº 21/24

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA NUMERO 17 DE GRANADA.

ASUNTO: PROCEDIMIENTO ORDINARIO Nº 1272/22

PONENTE SR. LÓPEZ FUENTES.-

SENTENCIA Nº 232

ILTMOS/A. SRES/A.

PRESIDENTE

D. JOSÉ LUIS LÓPEZ FUENTES

MAGISTRADAS

Dª Mª DEL CARMEN SILES ORTEGA

Dª MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ ALCALÁ

Granada a veintidós de mayo de dos mil veinticinco.

La Sección Tercera de esta Audiencia Provincial ha visto el recurso de apelación nº 21/24 en los autos de juicio ordinario nº 1272/22, del Juzgado de Primera Instancia nº 17 de Granada, seguidos en virtud de demanda de **D. Isidoro**, representado/a por el/la procurador/a D/Dª Juan Fernando Aguilar Ros y defendido/a por el/la letrado/a D/Dª Antonio Sergio Ferro Vargas; contra **GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS**, representado/a por el/la procurador/a D/Dª Sonia Escamilla Sevilla y defendido/a por el/la letrado/a D/Dª Leandro Cabrera Mercado.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el mencionado Juzgado se dictó sentencia en fecha 07 de noviembre de 2023, cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente:

"Que ESTIMANDO parcialmente la demanda sobre reclamación de cantidad interpuesta por D. Isidoro frente a la entidad mercantil GENERALI ESPAÑA S.A DE SEGUROS Y REASEGUROS, debo CONDENAR Y CONDENO a la entidad aseguradora demandada a abonar al actor la cantidad de 20.840,62 euros, más los intereses legales correspondientes desde la fecha del accidente hasta su total pago. Cada parte abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad."

SEGUNDO.- Contra la anterior sentencia se interpuso recurso de apelación por la parte demandante mediante su escrito motivado, dándose traslado a la parte contraria que se opuso; una vez remitidas las actuaciones a la Audiencia Provincial, fueron turnadas a esta Sección Tercera el pasado día 11 de enero de 2024 y, formado rollo, por providencia de fecha 15 de abril de 2024 se señaló votación y

fallo el día 30 de enero de 2025 con arreglo al orden establecido para estas apelaciones.

Siendo Ponente el Ilmo. Sr. Magistrado D. José Luis López Fuentes.-

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La sentencia dictada en primera instancia estima parcialmente la demanda formulada por D. Isidoro contra GENERALI ESPAÑA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, condenando a la demandada a abonar al actor la suma de 20.840,62 €, más intereses, sin pronunciamiento sobre costas.

Frente a dicha sentencia se alza la representación de la parte actora, alegando, en síntesis, el error en la valoración de la prueba, en concreto en lo referente a la valoración de los días de incapacidad temporal, secuelas y pérdida de calidad de vida.

La parte apelada se opuso al recurso e interesó la confirmación de la sentencia.

SEGUNDO.- La parte apelante refiere, en primer lugar, la improcedente admisión de la prueba pericial presentada por la entidad demandada con su escrito de contestación a la demanda, al contraponerse esta posibilidad con el criterio de la Audiencia Provincial de Granada reflejado en la sentencia de su sección tercera de fecha 16 de Abril de 2020, contraria a la presentación de los informes médicos definitivos a los que se refiere el [artículo 7 de la LRCSCVM](#) con la contestación a la demanda, por considerar dicha sala que tales informes médicos han de ser presentados en el trámite previo prejudicial.

En el caso de autos la parte demandada le remitió al actor, según reconoce en la propia demanda, varias respuestas motivadas (documentos números 8 y 11 de la demanda, de fechas 15 de Junio de 2018, 9 de Octubre de 2018, 7 de Diciembre de 2018 1 de Abril de 2019, 29 de Mayo de 2019, 12 de Junio de 2019, 9 de Agosto de 2019, 7 de Octubre de 2019, 3 de Diciembre de 2019), fruto de las cuales ha sido la entrega a cuenta al actor de varias cantidades en forma sucesiva, que suman en total 23.483,01 € (el primer pago a cuenta fue de 10.000 €, con fecha de 26 de Febrero de 2019, y el segundo, por importe de 13.483,01 €, es de fecha 18 de Junio de 2020).

La razón de las distintas respuestas motivadas enviadas vinieron generadas por la imposibilidad de cuantificar las lesiones a causa de no haber alcanzado el lesionado la estabilidad lesional, pero, ello no obstante, se le hicieron varias entregas a cuenta conforme evolucionaban las lesiones, hasta que, con fecha 27 de Abril de 2022, se le hizo una oferta motivada por importe total de 23.483,01 € (que ya había recibido con anterioridad), cantidad que superaba a la recogida en el informe pericial aportado con el escrito de contestación a la demanda, en la que se recoge una indemnización menor por haberse valorado en este último informe la secuela de algias postraumáticas en un punto, mientras que en la oferta motivada que se le entregó antes de la presentación de la demanda se la valoraba en dos puntos.

En cualquier caso, y por una evidente vinculación a los actos propios, el informe pericial que ha de considerarse como definitivo a los efectos del [artículo 7 de la LRCSCVM](#), es el remitido con fecha de 27 de Abril de 2022, por lo que debemos prescindir del informe pericial aportado con la contestación a la demanda, que, por otra parte, se diferencia del anterior solamente en el particular referido a la indicada secuela.

En cualquier caso, no debió admitirse la pericial aportada con la contestación a la demanda, y no solo por ser contraria al criterio de esta Sala sino porque recoge una indemnización inferior a la que se incluía en la oferta motivada que en su día se le hizo al actor lesionado.

TERCERO.- En segundo lugar, discrepa la parte apelante con la sentencia recurrida en el particular referido a los días que han de ser computados como de perjuicio personal básico y moderado, entendiendo que hay que atender al criterio sustentado en el informe pericial aportado por dicha parte (perito Sr. Herminio) en el que se considera que los 675 días de estabilización de las lesiones

(desde la fecha del accidente hasta la finalización del tratamiento rehabilitador) han de ser conceptuados como de perjuicio personal particular moderado, por cuanto, según la recurrente, después del periodo considerado por la perito de la actora Sra. María Rosa como de estabilización de las lesiones, el actor recibió tratamiento médico tras realizarle más pruebas, y como indicó el Dr. Herminio ...*"de un hombro que estaba prácticamente perdido, se logró recuperar parte de su movilidad"*. Añade la parte actora-recurrente que ello fue posible gracias a las pruebas y tratamiento médico y rehabilitador realizado después de que la Dra. María Rosa considerara estabilizadas las lesiones, concluyendo la apelante que la resolución de incapacidad permanente total para el desempeño de la profesión habitual del perjudicado, determina que el mismo, aún no encontrándose de baja laboral, difícilmente podía desempeñar su labor bajo las mismas condiciones en que lo hacía antes del accidente y además que desde que el mismo aconteciera, dichas lesiones afectaron sin duda alguna a sus actividades tanto de desarrollo personal, como las que afectaban a su vida diaria.

La sentencia recurrida, para determinar los días de perjuicio personal básico y moderado (668 días de perjuicio personal básico y 7 días de perjuicio personal particular moderado), se apoya en los siguientes argumentos probatorios: a) el actor ha estado trabajando durante dicho periodo, no constando que haya estado de baja laboral, no habiendo aportado partes médicos de baja laboral; b) la Sra. perito de la parte demandada informó que el lesionado refería trabajar como auxiliar de servicio de seguridad privada sin que aportara partes de baja laboral ni manifestara encontrarse en dicha situación; c) el informe de vida laboral aportado por la parte actora con la demanda, del que se desprende que el actor ha estado trabajando muchos días durante el periodo de estabilización lesional; d) que según manifestó la Sra. perito de la parte demandada, el actor acudía a su consulta en motocicleta, con el casco en la mano; e) no se ha acreditado que el actor practicara deporte o acudiera a un gimnasio; f) son evidentes las contradicciones en las que incurren los peritos, pues mientras que el perito de la parte actora manifiesta que el lesionado le informó que estaba desempleado (y que por eso no aportó la baja laboral) y que practicaba deportes, a la perito de la parte demandada le manifestó lo contrario, o sea, que el actor estaba trabajando y que no aportaba baja laboral porque no realizaba actividades de esfuerzo, y que no practicaba deportes.

En cuanto a las manifestaciones recogidas en sus respectivos informes y en las declaraciones prestadas en juicio por la Sr. María Rosa (perito de la parte demandada) e Herminio y Ángel (peritos de la parte actora) son patentes las contradicciones apreciadas por la Magistrada "a quo", y que pueden ser debidas a la distinta narración que hizo a unos y otros peritos el lesionado.

Esta Sala ha podido comprobar como del informe de vida laboral se deduce que el actor estuvo trabajando muchos días (s.e.u.o. hemos contabilizado 293 días) durante el periodo de estabilización lesional, o sea, durante el periodo comprendido entre la fecha del accidente (9 de Mayo de 2018) hasta la fecha de finalización del tratamiento rehabilitador (13 de Marzo de 2020).

A ello debe unirse que no se ha aportado baja laboral alguna, sin que pueda ser atendida la alegación que hace la parte recurrente de que en la fecha en que fue examinado el lesionado por el perito de la actora, este se encontraba desempleado, pues debe resaltarse que, según el informe de vida laboral, el actor estuvo desempeñando su trabajo de vigilante en distintos días, durante el periodo de estabilización de las lesiones, sin continuidad, de modo que, hubo días en los que estaba desempleado y otros en los que trabajó.

A ello hay que añadir que, tal y como recoge la Magistrada "a quo" en su sentencia, es evidente que las manifestaciones vertidas por el actor a cada perito respecto del desempeño de trabajos y realización de deportes son contradictorias, no existiendo motivos para dudar de la palabra de uno y otro perito, pero sí imputar al actor la falta de acreditación de que no realizó actividad laboral alguna durante el periodo de estabilización de las lesiones.

En consecuencia, esta Sala entiende que no se ha acreditado la existencia de una pérdida temporal de

calidad de vida en grado de moderado durante los días que reclama el actor-recurrente, por lo que debe mantenerse la sentencia en este punto.

CUARTO.- En cuanto a la valoración de las secuelas, discute la parte actora-recurrente, en primer lugar, la puntuación otorgada a la secuela de algia postraumática sin compromiso radicular de los segmentos cervical y dorsal por agravación de artrosis previa, entendiendo la recurrente que la sentencia ha acogido erróneamente el informe de la Sra. perito de la parte demandada, que valora dicha secuela en 1 punto.

Estimamos el motivo por las razones apuntadas en el fundamento de derecho segundo de la presente resolución (el informe pericial que ha de considerarse como definitivo a los efectos del [artículo 7 de la LRCSCVM](#), es el remitido con fecha de 27 de Abril de 2022, por lo que debemos prescindir del informe pericial aportado con la contestación a la demanda, que, por otra parte, se diferencia del anterior solamente en el particular referido a la indicada secuela), por lo que debe valorarse la secuela en 2 puntos.

En cuanto a la secuela de limitación de la movilidad del hombro derecho con omoplato móvil, se discrepa por la actora en la puntuación otorgada de 8 puntos, considerando más adecuada la de 11 puntos que otorga su perito.

El motivo debe ser estimado, siendo sorprendente que no se recoja esta secuela en el informe pericial de la parte demandada, debiendo dejarse constancia de que el informe de alta del Hospital La Inmaculada se dice que al paciente le queda *"una disfunción escapular derecha grave (escapula alada) por falta de funcionamiento del músculo serrato mayor que le provoca dolores en la cintura escapular derecha que precisa morfina como tratamiento crónico y una incapacidad de hombro derecho muy importante"*, a lo que debemos añadir que al actor, no solo le fue reconocido durante la sustanciación del procedimiento una incapacidad parcial del 10 %, sino que, después del dictado de la sentencia recurrida, se le ha reconocido por el INSS una incapacidad permanente total para su trabajo habitual con fecha de 27 de Noviembre de 2023.

En este punto debemos acoger el informe del perito de la parte actora, el cual considera que existe la secuela de movilidad del hombro derecho con omoplato móvil, con limitación en abducción 90°, adducción 20°, flexión anterior 90°, flexión posterior 30°, rotación externa 20° y rotación interna 20°, todo lo cual suma una limitación de 270°, y como quiera que lo normal (según baremo) es tener una movilidad de 580° y la puntuación máxima de esta secuela es de 20 puntos, se considera adecuada una puntuación de 11 puntos.

En cuanto a la secuela de gonalgia derecha postraumática inespecífica por agravación de lesión previa, solicita la parte recurrente que se valore en dos puntos y no en uno, como la sentencia recurrida. Sin embargo, no encontramos razones para elevar la puntuación de esta secuela, habida cuenta de que en el informe de alta se recoge que le quedan al lesionado *"molestias recurrentes en rodilla derecha"*, por lo que, tratándose de molestias no hay razón para elevar la puntuación.

En cuanto a la secuela de artrosis postraumática y/o muñeca derecha dolorosa, esta Sala comparte el criterio de la Magistrada "a quo" de no apreciarla, habida cuenta de que en el informe de alta médica no se hace alusión alguna a la misma.

En cuanto al perjuicio estético, consideramos que la puntuación otorgada en la sentencia recurrida, de 3 puntos, es correcta, sin que existan motivos relevantes para elevar la puntuación 1 punto más, como pretende el recurrente.

QUINTO.- También reclama el actor-apelante una mayor indemnización por pérdida de calidad de vida derivada de las secuelas, que ha sido concretada por la Magistrada "a quo" en 4.000 €, considerando la parte apelante que, a la vista de las circunstancias concurrentes la cantidad más correcta sería la del máximo arco dentro de la horquilla, o sea la de 15.278,10 €.

El motivo debe ser estimado parcialmente. Aún cuando el reconocimiento de la situación de incapacidad permanente total para sus ocupaciones habituales no estaba reconocida en el momento de la interposición de la demanda, se acompañó la resolución del INSS con el escrito del recurso de apelación, sin que la parte apelada haya hecho manifestación alguna al respecto en su escrito de oposición al citado recurso.

En cualquier caso, aún prescindiendo de dicho documento (por no haber sido objeto de valoración y discusión en primera instancia) no podemos hacer lo mismo respecto del otro aportado al procedimiento en el que se le reconocía al actor una incapacidad parcial del 10%, por lo que, en definitiva, de dicha documentación así como del informe de alta médica emitido y de las secuelas que han quedado descritas, cabe concluir que la indemnización fijada por la Magistrada "a quo" de 4.000 € por pérdida de calidad de vida derivada de las secuelas es insuficiente, considerando esta Sala que la cantidad más adecuada a la gravedad de las secuelas constatadas es la de 10.000 € (la horquilla del perjuicio leve va desde 1.527,81 € hasta 15.278,10 €), debiendo recordarse en este momento lo recogido en el informe de alta médica ya referido, en el que se expresa que le queda al lesionado *"una disfunción escapular derecha grave (escapula alada) por falta de funcionamiento del músculo serrato mayor que le provoca dolores en la cintura escapular derecha que precisa morfina como tratamiento crónico y una incapacidad de hombro derecho muy importante".*

SEXTO.- El último motivo del recurso se refiere a la imposición de los intereses del artículo 20.4 de la LCS a la aseguradora demandada.

El motivo debe ser desestimado. No puede catalogarse la actitud de la aseguradora como dilatoria o contraria a la normativa contenida en el [artículo 7 de la LRCSCVM](#).

Dice el [artículo 7.2 de la LRCSCVM](#) que:

"2. En el plazo de tres meses desde la recepción de la reclamación del perjudicado, tanto si se trata de daños personales como en los bienes, el asegurador deberá presentar una oferta motivada de indemnización si entendiera acreditada la responsabilidad y cuantificado el daño, que cumpla los requisitos del apartado 3 de este artículo. En caso contrario, o si la reclamación hubiera sido rechazada, dará una respuesta motivada que cumpla los requisitos del apartado 4 de este artículo."

Por su parte, el apartado 4 de dicho artículo establece que:

"4. En el supuesto de que el asegurador no realice una oferta motivada de indemnización, deberá dar una respuesta motivada ajustada a los siguientes requisitos:

a) Dará contestación suficiente a la reclamación formulada, con indicación del motivo que impide efectuar la oferta de indemnización, bien sea porque no esté determinada la responsabilidad, bien porque no se haya podido cuantificar el daño o bien porque existe alguna otra causa que justifique el rechazo de la reclamación, que deberá ser especificada.

Cuando dicho motivo sea la dilatación en el tiempo del proceso de curación del perjudicado y no fuera posible determinar el alcance total de las secuelas padecidas a causa del accidente o porque, por cualquier motivo, no se pudiera cuantificar plenamente el daño, la respuesta motivada deberá incluir:

1.º La referencia a los pagos a cuenta o pagos parciales anticipados a cuenta de la indemnización resultante final, atendiendo a la naturaleza y entidad de los daños.

2.º El compromiso del asegurador de presentar oferta motivada de indemnización tan pronto como se hayan cuantificado los daños y, hasta ese momento, de informar motivadamente de la situación del siniestro cada dos meses desde el envío de la respuesta.

b) Contendrá, de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga, incluyendo el informe médico definitivo, que acrediten las razones de la entidad aseguradora para no dar una oferta motivada.

c) Incluirá una mención a que no requiere aceptación o rechazo expreso por el perjudicado, ni afecta al ejercicio de cualesquiera acciones que puedan corresponderle para hacer valer sus derechos".

La reclamación previa la efectúa el actor con fecha de 5 de Junio de 2018, y con fecha de 14 de Junio de 2018 la aseguradora cita al lesionado para reconocimiento médico para el día 21 de Junio de 2018, si bien, con fecha de 15 de Junio de 2018 la aseguradora había emitido una respuesta motivada en la que se indica que no había sido posible realizar una oferta motivada por no haber sido posible cuantificar el daño causado por no encontrarse acreditada la estabilización de las lesiones, solicitando cuanta información médica asistencial, pericial o de cualquier otro tipo tengan en su poder, comprometiéndose a presentar oferta motivada tan pronto se hayan cuantificado los daños.

Con fecha de 9 de Octubre de 2018 remiten otra respuesta motivada en los siguientes términos:

"le comunicamos que estudiado el asunto detenidamente, hemos determinado que no podemos realizar una oferta motivada de indemnización, por lo que le efectuamos la siguiente RESPUESTA MOTIVADA: Con la información que ha sido aportada, no ha sido posible cuantificar plenamente el daño causado por no encontrarse acreditada la estabilización de las lesiones. Solicitamos copia de cuanta información médica asistencial, pericial, o de cualquier otro tipo que tenga en su poder y que permita la cuantificación del daño. Esta Compañía se compromete a presentar oferta motivada de indemnización tan pronto como se hayan cuantificado los daños, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7.4 del Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor ".

En fecha de 7 de Diciembre de 2018 se le vuelve a enviar una respuesta motivada con igual contenido que la anterior, que se vuelve a repetir con fechas de 1 de Abril de 2019, 29 de Mayo de 2019, 12 de Junio de 2019, 9 de Agosto de 2019, 7 de Octubre de 2019, 3 de Diciembre de 2019, si bien, con fecha de 29 de Enero de 2019 se hace ofrecimiento de pago a cuenta por importe de 10.000 €, que se acepta con fecha de 21 de Febrero de 2019.

Con fecha de 19 de Febrero de 2020 se le realiza una oferta motivada por importe de 23.438,01 €, acompañando un informe médico definitivo que se titula Informe alta-estabilización lesional, en la que se describen lesiones y secuelas.

Con fecha de 10 de Junio de 2020 se acepta, como entrega a cuenta, la suma de 13.483,01 €.

En consecuencia, la aseguradora demandada emitió una respuesta motivada antes de que transcurriera el plazo de tres meses, habiendo realizado un pago a cuenta en Enero de 2019 y una oferta motivada en Febrero de 2020, y otro pago a cuenta en Junio de 2020.

No podemos considerar que se haya incumplido lo previsto en el [artículo 7.2](#) y [7.4 de la LRCSCVM](#).

SÉPTIMO.- Procede, pues, la estimación parcial del recurso de apelación, en el sentido de: a) valorar la secuela de algia postraumática sin compromiso radicular de los segmentos cervical y dorsal por agravación de artrosis previa, en 2 puntos; b) la secuela de limitación de la movilidad del hombro derecho con omoplato móvil, se valora en 11 puntos; c) la indemnización por pérdida de calidad de vida derivada de las secuelas se fija en la suma de 10.000 €.

Por todo ello, la puntuación total por secuelas es, aplicando la fórmula de secuelas concurrentes, la de 19 puntos, por lo que procedería una indemnización de 23.906,81 €, y en cuanto al perjuicio estético, valorado en 3 puntos, serían 2.555,67 €.

Por último, en cuanto, a la pérdida de calidad de vida derivada de las secuelas, se fija en 10.000 €, por lo que la indemnización total sería la siguiente: a) por perjuicio personal particular moderado, 365,82 €; b) por perjuicio personal básico, 20.414,08 €; c) por secuelas, 23.906,81 €; d) por perjuicio estético, 2.555,67 €; e) por pérdida de calidad de vida derivada de secuelas, 10.000 €.

Todo lo cual hace un total de 57.242,38 €.

OCTAVO.- La estimación parcial del recurso de apelación conlleva no hacer pronunciamiento en cuanto a las costas causadas en la presente alzada ([artículo 398.2 de la LEC](#)).

En atención a lo expuesto, en nombre S.M. el Rey y por la autoridad conferida en la Constitución,

FALLO

Que estimando parcialmente el recurso de apelación interpuesto por la representación de D. Isidoro contra la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 17 de Granada con fecha de 7 de Noviembre de 2023, en los autos de Juicio Ordinario número 1.272/22, y previa revocación parcial de dicha resolución, debíamos:

A) Fijar en la suma de **CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS EUROS CON TREINTA Y OCHO CÉNTIMOS (57.242,38 €)**, el importe de la indemnización que deberá satisfacer la entidad aseguradora demandada GENERALI ESPAÑA, S.A., DE SEGUROS Y REASEGUROS, al actor D. Isidoro, más los intereses recogidos en la sentencia recurrida. De dicha cantidad habrá que deducir la suma de 23.483,01 € entregados a cuenta al actor por la aseguradora demandada.

B) Mantener la sentencia recurrida en todo lo demás.

C) No hacer pronunciamiento en cuanto a las costas causadas en la presente alzada.

Devuélvase el depósito constituido para recurrir.

Contra esta resolución cabe recurso de casación siempre que la resolución del recurso presente interés casacional a interponer ante este Tribunal en el plazo de VEINTE DÍAS, a contar desde el siguiente a su notificación, siendo resuelto por la Sala 1ª de lo Civil del Tribunal Supremo.

Así, por esta nuestra sentencia, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

"La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda. Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes."