

**Audiencia Provincial de Granada, Sección 3<sup>a</sup>, Sentencia 358/2025 de 19 Sep. 2025,  
Rec. 858/2024**

**Ponente: Sánchez Gálvez, Francisco**

**Ponente: Sánchez Gálvez, Francisco.**

**LA LEY 365972/2025**

ECLI: ES:APGR:2025:1753

RESPONSABILIDAD CIVIL. Responsabilidad extracontractual. Cuestiones generales. Requisitos. Relación de causalidad. -- Responsabilidad extracontractual. Accidentes de circulación. -- Resarcimiento.

AUDIENCIA PROVINCIAL DE GRANADA

SECCIÓN TERCERA

**RECURSO DE APELACIÓN Nº 858/2024**

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA Nº 20 DE GRANADA

ASUNTO: JUICIO ORDINARIO Nº 981/2023

PONENTE SR. SÁNCHEZ GÁLVEZ

**SENTENCIA Nº 358/25**

**ILTMOS. SRES./SRA**

**PRESIDENTE**

**D. FRANCISCO SÁNCHEZ GÁLVEZ**

**MAGISTRADOS/AS**

**D<sup>a</sup> CARMEN SILES ORTEGA**

**D<sup>a</sup> MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ ALCALÁ**

Granada a 19 de septiembre de 2025.

La Sección Tercera de esta Audiencia Provincial ha visto el recurso de apelación nº858/2024 en los autos de Juicio Ordinario nº 981/2023, del Juzgado de Primera Instancia nº 20 de Granada, seguidos en virtud de demanda de **D. Jenaro**, representado por el procurador D. Antonio Jesús Pascual León y defendido por el letrado D. Francisco Ramírez Pérez; contra **OCCIDENT GCO, SAU DE SEGUROS Y REASEGUROS**, representado por el procurador D<sup>a</sup>. Rocio García Valdecasas Luque y defendido por el letrado D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Paz López Gómez.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el mencionado Juzgado se dictó Sentencia en fecha 22 de Julio de 2024 , cuya parte dispositiva es del tenor literal siguiente:

*" .Que estimando íntegramente la demanda presentada por la Procurador D Antonio Jesús Pascual León en nombre y representación de D. Jenaro, contra OCCIDENT GCO. S.A.U. DE SEGUROS Y*

*REASEGUROS, debo condenar y condeno a la demandada a abonar a la actora la cantidad de ONCE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO EUROS CON SESENTA Y TRES CÉNTIMOS (11.568,63 euros) así como al pago del interés previsto en el art. 20.4 de la LCS .*

Con imposición de las costas a la parte demandada ".

**SEGUNDO.-** Contra la anterior sentencia se interpuso recurso de apelación por la parte demandada 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 26 de noviembre de 2024 y formado rollo, por providencia de fecha 10 de febrero de 2025 se señaló para votación y fallo el día 18 de septiembre de 2025, con arreglo al orden establecido para estas apelaciones.

Siendo Ponente el Ilmo. Sr. Magistrado don FRANCISCO SÁNCHEZ GÁLVEZ.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** Frente a la sentencia íntegramente estimatoria de la demanda, se interpone recurso de apelación en nombre de la aseguradora condenada - OCCIDENT GCO, SAU DE SEGUROS Y REASEGUROS - aduciendo que incurre en error en la valoración de la prueba en lo que atañe a la apreciación del nexo causal entre el accidente y las lesiones reclamadas, insistiendo en que la intensidad del impacto fue baja, lo que no justificaría las lesiones y el periodo de curación reclamados, basándose en el informe pericial biomecánico presentado y en la escasa entidad de los daños materiales de los vehículos, que indican una velocidad de impacto inferior a la alegada por el demandante, considerando que la sentencia apelada lo descarta como prueba sin entrar en su contenido.

En cualquier caso, también impugna la valoración médica de las lesiones temporales y secuelas, señalando que no existe prueba objetiva que justifique la prolongación del tratamiento ni la existencia de secuelas permanentes, y que la baja laboral no coincide con el diagnóstico médico forense, que es el criterio que debe prevalecer. Se critica también la falta de justificación médica para la prescripción de un tratamiento de rehabilitación prolongado y la ausencia de pruebas diagnósticas que avalen las dolencias referidas.

Y, por último, también impugna la imposición del pago de intereses conforme al [artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro](#), sosteniendo que no procede por existir controversia sobre la existencia y cuantía del siniestro, y que actuó con diligencia.

La representación del apelado se opone al recurso.

**SEGUNDO.-** Señala el [Tribunal Supremo en la sentencia número 649/2016, de fecha 3 de noviembre de 2016](#), que en nuestro sistema procesal viene siendo tradicional sujetar la valoración de prueba pericial a las reglas de la sana crítica, de manera que, aplicando estas reglas, el tribunal, al valorar la prueba por medio de dictamen de peritos deberá ponderar, entre otras cosas, las siguientes cuestiones:

» 1º.-Los razonamientos que contengan los dictámenes y los que se hayan vertido en el acto del juicio o vista en el interrogatorio de los peritos, pudiendo no aceptar el resultado de un dictamen o aceptarlo, o incluso aceptar el resultado de un dictamen por estar mejor fundamentado que otro ( STS 10 de febrero de 1994).

» 2º.-Deberá también tener en cuenta el tribunal las conclusiones conformes y mayoritarias que resulten tanto de los dictámenes emitidos por peritos designados por las partes como de los dictámenes emitidos por peritos designados por el Tribunal, motivando su decisión cuando no esté de acuerdo con las conclusiones mayoritarias de los dictámenes ( STS 4 de diciembre de 1.989) .

» 3º.-Otro factor a ponderar por el Tribunal deberá ser el examen de las operaciones periciales que se hayan llevado a cabo por los peritos que hayan intervenido en el proceso, los medios o instrumentos empleados y los datos en los que se sustenten sus dictámenes ( STS 28 de enero de 1995).

» 4º-También deberá ponderar el tribunal, al valorar los dictámenes, la competencia profesional de los peritos que los hayan emitido así como todas las circunstancias que hagan presumir su objetividad, lo que le puede llevar en el sistema de la [nueva LEC](#) a que dé más crédito a los dictámenes de los peritos designados por el tribunal que a los aportados por las partes ( STS 31 de marzo de 1997).

Y la jurisprudencia entiende que en la valoración de la prueba por medio de dictamen de peritos se vulneran las reglas de la sana crítica:

»1º.-Cuando no consta en la sentencia valoración alguna en torno al resultado del dictamen pericial ( STS 17 de junio de 1996).

» 2º.-Cuando se prescinde del contenido del dictamen, omitiendo datos, alterándolo, deduciendo del mismo conclusiones distintas, valorándolo incoherentemente, etc. ( STS 20 de mayo de 1996).

» 3º.-Cuando, sin haberse producido en el proceso dictámenes contradictorios, el tribunal en base a los mismos, llega a conclusiones distintas de las de los dictámenes ( STS 7 de enero de 1991).

»4º. Cuando los razonamientos del tribunal en torno a los dictámenes atenten contra la lógica y la racionalidad; o sean arbitrarios, incoherentes y contradictorios o lleven al absurdo ( Sentencias del TS 11 de abril de 1998, 13 de julio de 1995 y 15 de julio de 1988).

Con arreglo a estos criterios, concluimos que, en la valoración de los informes periciales con arreglo a las reglas de la sana crítica, según lo prevenido en el [art. 348 de la LEC](#), es aconsejable huir de afirmaciones categóricas, singularmente en valoraciones sobre reconstrucción de causas, de modo que el informe biomecánico, en términos generales, ni carece de valor probatorio ni cabe reconocerle un valor indiscutible, y así es como se contempla en la variedad de resoluciones judiciales que lo abordan, debiendo ser objeto de examen en el caso concreto, porque las consideraciones basadas en las deformaciones de la carrocería y elementos estructurales de los vehículos no cabe valorarlas al margen de la circunstancia de que los que se dicen lesionados hayan recibido atención médica inmediata en la que se hallan molestias y dolores a nivel cervical, siendo el caso que en el informe médico que sustenta la respuesta motivada de la aseguradora PLUS ULTRA, a la sucedió procesalmente la apelante, ya se refiere que D. Jenaro fue atendido el mismo día del accidente (1 de abril de 2022) en la Mutua Ibermutuamur, constatando radiológicamente la concurrencia de rectificación cervical y escoliosis dorsal y el diagnóstico de "Esguince cervical", con tratamiento de analgésico, antiinflamatorio y miorrelajante.

Así las cosas, el dictamen del médico valorador, D. Sixto, se sustenta, a pesar de las evidencias clínicas referidas y la inexistencia de antecedentes de las mismas, en el criterio de intensidad que extrae del informe de biomecánica y con ello devalúa las conclusiones sobre diagnóstico y tratamiento tanto de los médicos asistenciales sin otra consideración adicional, lo que no podemos asumir en absoluto como criterio técnico convincente, porque toda la argumentación médica de este informe viene a descansar en que la intensidad de la colisión es insuficiente para producir ningún tipo de lesión, puesto que no alcanza el umbral de transmisión de energía al habitáculo en el que se hallaba el demandante para producir lesiones, que cifra en 4,16 km/h y define como Delta V. Informe al que se atiene el Sr. Sixto; de manera que no se pronuncia expresamente sobre la adecuación del mecanismo lesional aunque parece aceptarlo, puesto que sólo excluye el nexo causal por el criterio de intensidad, lo que considera esta sala que adolece de falta de rigor desde una perspectiva médico-legal, puesto que se ponen en tela de juicio directamente los diagnósticos, tratamientos y juicios de los referidos médicos asistenciales con base en el informe biomecánico, lo que responde a una simplificación aberrante, puesto que, de existir una evidencia científica incontestable de la existencia

de un umbral de velocidad que marcase la frontera de la improbabilidad en colisiones por alcance, el propio legislador debería haberse hecho eco de ello.

Además esa asunción por el perito médico del criterio del ingeniero informático se realiza sin ningún tipo de análisis de contraste con la documentación médica asistencial en la que constan los diagnósticos de cervicalgias y molestias relacionándolos con el siniestro, y se instauran los tratamientos pertinentes.

Abundando en lo mismo, con arreglo a lo establecido en el citado [art. 135 de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor](#) (LRCSCVM), consideramos que los peritos médicos deben pronunciarse en primer término sobre la adecuación de la dinámica del accidente a las lesiones, puesto que ello se erige en presupuesto previo sobre el que articular el resto de los criterios de causalidad, de manera que el de intensidad sólo puede considerarse excluyente cuando las características de la colisión, considerando todos los factores concurrentes, la evidencien irrelevante o absolutamente intrascendente, no siendo ese el caso evidentemente, puesto que se trata de una colisión por alcance estando completamente detenido el vehículo ocupado por el demandante, lo que es susceptible que ocasionar un padecimiento cervical del ocupante del vehículo que recibe el impacto, cuya desaceleración no se ciñe, por tanto, a las fuerzas de acción y reacción que presuntamente analiza el firmante del informe, puesto que necesariamente el conductor sorprendido frenará bruscamente provocando el desplazamiento corporal consiguiente por la inercia; y ello sin perjuicio de que la entidad de los daños y las conclusiones que puedan considerarse coherentes de dicho informe pudieran considerarse como un criterio meramente moderador si se evidencia una desproporción o inadecuación de las lesiones a la intensidad de la colisión.

**TERCERO.-** Sostiene la apelante que no es correcta la afirmación de la sentencia de que no se cuestionan los días que abarca el periodo de incapacidad temporal, sino que se niega el mismo, remitiéndose al dictamen del Dr. Sixto, según el cual, de estimarse concurrentes los criterios de causalidad, habrían de reconocerse 30 días de lesiones temporales (16 días de perjuicio particular moderado y 14 días de perjuicio personal básico), y sin secuelas, ateniéndose a un diagnóstico de esguince cervical grado I, para el que sólo están indicadas, estimativamente, 10-15 sesiones de fisioterapia, reprochando a la sentencia apelada que acoja el criterio de los días que resultan de los partes de baja sin valorar el resto del material probatorio, pues no se justifica la prolongación de dicha baja después del informe inicial de la Mutua así como a las diferentes exploraciones que realiza el Dr Sixto.

La representación del apelado opone que fue la propia entidad aseguradora la que derivó al Sr. Jenaro a la Clínica Gobal Medical, y transcribe los hallazgos de la Dra. Amparo en su exploración y el diagnóstico de síndrome postraumático cervical, lumbalgia mecánica y dorsalgia postraumática, indicándole movilización activa progresiva, actividad física moderada y realización de tratamiento fisioterapéutico; y añade que el Dr. Eulogio, jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital al que le remitió la Mutua, tras la exploración y pruebas, diagnosticó que los mareos tenían un origen cervical, aconsejando seguir con la fisioterapia cervical, causando alta en la Mutua el 31 de agosto de 2022, aunque el tratamiento fisioterapéutico finalizó el 2 de septiembre de 2022, con persistencia de dolor a la movilización cervical y lumbar y molestias en la zona dorsal.

En lo que se refiere a la valoración de los dictámenes periciales de cara a fijación del alcance del daño la casuística ofrece soluciones distintas sobre el papel que haya jugado la rehabilitación en el proceso de tratamiento de la víctima, que se erige en el punto de conflicto entre los peritos, en la medida en que puede haber sido determinante para superar su estado de incapacidad para afrontar sus ocupaciones habituales (incapacitación), coincidir con un período en el que la incapacidad no es total y la rehabilitación contribuye a la mejoría de su estado (curación), o ya estabilizado su estado secuelar traducirse simplemente en cuidados paliativos de la sintomatología que esas secuelas producen, en cuyo caso ya no se valora como incapacidad temporal.

La lógica que se desprende de esas consideraciones es la de que, en cualquiera de los dos casos que sí se valoran, los períodos se extienden desde la fecha del accidente hasta que termina la rehabilitación, sin embargo no es infrecuente que se produzcan períodos de espera del tratamiento excesivamente prolongados, por lo que se acude a un criterio no ya de lógica médica, sino estrictamente jurídico de imputabilidad de esa espera, de forma que si la víctima es ajena a la demora en recibir tratamiento no ha de soportar las consecuencias negativas de esa circunstancia, teniendo en cuenta que a la aseguradora le es exigible una actitud activa, oportuna y diligente desde que conoce la existencia de una víctima con daños personales a raíz del siniestro, tal y como establece el [art. 7.2 de la LRCSCVM](#), según el cual "el asegurador deberá de observar desde el momento que conozca por cualquier medio la existencia del siniestro una conducta diligente en la cuantificación del daño y liquidación de la indemnización" lo que comporta el seguimiento médico de la evolución de la víctima para formular la correspondiente oferta motivada que le exige este mismo artículo. No obstante, esa diligencia exigible a la aseguradora se corresponde, con arreglo a las reglas generales de la buena fe, con la exigencia a la víctima de una conducta colaborativa e igualmente activa en lo que se refiere al seguimiento de los tratamientos e indicaciones terapéuticas que se le prescriban, por lo que en el supuesto que su comportamiento no responda a esta exigencia tampoco puede beneficiarse de ello. En este último supuesto la solución de excluir el período de espera o demora en recibir tratamiento de la incapacidad, aduciendo la apelante que recibió 55 sesiones de rehabilitación en 155 días.

Sin embargo, la objeción del perito Sr. Sixto al referido período se basa en que la Mutua Ibermutaumur no prescribió el tratamiento rehabilitador, lo que no podemos acoger como reparo, puesto que, precisamente, dicha Mutua asumió un período de baja por accidente in itinere entre la fecha del siniestro (1 de abril de 2022) y el 31 de agosto de 2022, por lo que su criterio de atenerse a estimaciones objetivas extraídas del Protocolo Barcelona 2002 sobre el síndrome de latigazo cervical, según cual el esguince cervical grado I tiene un periodo de curación de entre 21-30 días y sin secuelas, choca con los informes médicos de seguimiento en la clínica en la que recibe el tratamiento de fisioterapia asumido, como se ha dicho, por la Mutua, suscritos por la Dra. Amparo, que no tiene ni más ni menos cualificación en traumatología que la del propio perito Sr. Sixto, por lo que, con arreglo a los criterios jurídicos sobre la consideración de los tratamientos rehabilitadores expuestos, hemos de ratificar el criterio de la sentencia apelada, teniendo en cuenta que los 55 días de tratamiento responden a tres sucesivas prescripciones de 20 días, 20 días y 15 días, y que en el informe de la clínica se hace constar expresamente que es en dicho centro donde se pauta que reciba sesiones alternas por criterios clínicos contra los que no se nos ofrecen evidencias científicas que los cuestione, lo que descarta que la dilación se deba a una actitud provocada por el propio lesionado.

**CUARTO.-** Distinta suerte merece el recurso en lo que concierne a las secuelas, puesto que, a la vista del dictamen del Dr. Leovigildo, su objetivación se basa en la mera exploración clínica del lesionado y en las manifestaciones subjetivas del mismo sobre la persistencia de dolores y limitaciones, en línea con lo que resulta del último informe clínico de la Dra. Amparo, que no consideramos convincente teniendo en cuenta el largo período de rehabilitación prescrito, refiriendo además el perito contracturas que no se mencionan en la documentación clínica, lo que no responde a la exigencia legal establecida en el [art. 135 de la LRCSCVM](#) de que el dictamen médico tenga carácter concluyente, por lo que se estima parcialmente el recurso, excluyendo los tres puntos de secuelas que se reconocen en la sentencia apelada y, por ende, la indemnización de 2775,69 € correspondiente a la misma.

**QUINTO.-** En lo que concierne a los intereses, la [sentencia del Tribunal Supremo núm. 96/2021, de 23 de febrero](#): "Es reiterada jurisprudencia de la sala la que viene proclamando sin fisuras que los intereses del art. 20 de la LCS ostentan un carácter marcadamente sancionador, imponiéndose una interpretación restrictiva de las causas justificadas de exoneración del deber de indemnizar, al efecto

de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (sentencias 743/2012, de 4 de diciembre ; 206/2016, de 5 de abril ; 514/2016, de 21 de julio ; 456/2016, de 5 de julio ; 36/2017, de 20 de enero ; 73/2017, de 8 de febrero ; 26/2018, de 18 de enero ; 56/2019, de 25 de enero ; 556/2019, de 22 de octubre ; 419/2020, de 13 de julio y 503/2020, de 5 de octubre ).

"En congruencia con ello, se ha proclamado que sólo concurre la causa justificada del art. 20.8 de la LCS , en los específicos supuestos en que se hace necesario acudir al proceso para resolver una situación de incertidumbre o duda racional en torno al nacimiento de la obligación de indemnizar; esto es, cuando la resolución judicial deviene imprescindible para despejar las dudas existentes en torno a la realidad del siniestro o su cobertura ( sentencias 252/2018, de 10 de octubre ; 56/2019, de 25 de enero , 556/2019, de 22 de octubre ; 570/2019, de 4 de noviembre , 47/2020, de 22 de enero y 419/2020, de 13 de julio , entre otras muchas).

"Ahora bien, como es natural, la mera circunstancia de judicializarse la reclamación, ante la negativa de la aseguradora de hacerse cargo del siniestro, no puede dejar sin efecto la aplicación del art. 20 de la LCS , pues en tal caso su juego normativo quedaría desvirtuado y su aplicación subordinada a la oposición de las compañías de seguro. Es decir, la judicialización, excluyente de la mora, habrá de hallarse fundada en razones convincentes que avalen la reticencia de la compañía a liquidar puntualmente el siniestro; dado que no ha de ofrecer duda que acudir al proceso no permite presumir la racionalidad de la oposición a indemnizar, puesto que no se da un enlace preciso y directo, conforme a las directrices de la lógica, entre ambos comportamientos con trascendencia jurídica ( sentencia 503/2020, de 5 de octubre ).

"En definitiva, como señala la [sentencia del Tribunal Supremo 317/2018, de 30 de mayo](#), citada por la más reciente 419/2020, de 13 de julio : "[...] solamente cuando la intervención judicial sea necesaria para fijar el derecho a la indemnización y razonable la oposición de la compañía, ante la situación de incertidumbre concurrente, podrá nacer la causa justificada a la que se refiere el art. 20.8 LCS ". De esta manera, se expresan igualmente las recientes sentencias 56/2019, de 25 de enero ; 556/2019, de 22 de octubre ; 116/2020, de 19 de febrero o 503/2020, de 5 de octubre ".

Con arreglo a tales criterios, la postura de la aseguradora de negarse a dar cobertura al siniestro con base exclusivamente en el informe biomecánico carece de consistencia, teniendo en cuenta el carácter genérico del mismo y las repetidas resoluciones judiciales que lo relativizan, como se constata en la propia sentencia, por lo que esta conducta se halla lejos de la excepcionalidad justificativa de inaplicación del criterio legal de imposición del pago de los intereses previstos en el art. 20 de la LCS; considerando, además, que la diferencia entre la reclamación efectuada y el importe de la indemnización finalmente establecida no constituye criterio de exclusión, cuando se da el caso de que no se realizó oferta alguna de indemnización.

**SEXTO.-** No procede la imposición de las costas de la primera instancia, en aplicación del [art. 394.2 de la LEC](#), y no se imponen las causadas con el recurso, conforme al [art. 398.2 de la LEC](#).

Con arreglo a la [Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial](#) aprobada por la [Ley Orgánica 1/09 de 3 de noviembre](#), procede acordar la devolución del depósito constituido por el recurrente.

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

## FALLAMOS

Estimando parcialmente el recurso de apelación interpuesto en nombre de "OCCIDENT GCO, SAU DE SEGUROS Y REASEGUROS", se revocan los pronunciamientos de la sentencia 165/2024, de 22 de julio, del Juzgado de Primera Instancia nº 20 de Granada referentes a la cuantía de la indemnización

y costas, que quedan sin efecto, y en su lugar se fija la indemnización a abonar por la apelante en **OCHO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS EUROS Y NOVENTA Y CUATRO CENTIMOS (8792,94 €)**, más las demoras devengadas desde el 1 de abril de 2022, calculadas al tipo de interés legal del dinero incrementado en un cincuenta por ciento durante los dos primeros años, y al 20% anual a partir de entonces.

Cada parte asumirá sus costas de la primera instancia; no se imponen las costas del recurso y devuélvase el depósito constituido para recurrir.

Contra esta sentencia 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 1<sup>a</sup> 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."*