

EDJ 2002/102054

Audiencia Provincial de Madrid, sec. 1ª, S 12-12-2002, nº 417/2002, rec. 448/2002

Pte: Mata Amaya, José de la

Comentada en "Problemática jurisprudencial en torno a la determinación del grado de incapacidad permanente total o parcial derivado de un hecho de la circulación"

Resumen

Estima la Sala de manera parcial, el recurso de apelación interpuesto por la acusación particular frente a sentencia condenatoria dictada en materia de falta de imprudencia. Señala el Tribunal, entre otros pronunciamientos, que el recurrente reclamó una cantidad en concepto de gastos médicos, cuyas facturas obran incorporadas a autos, y si bien dichas facturas han sido impugnadas de contrario, por la representación de la entidad aseguradora en cuanto no han sido ratificadas en la vista oral, sin embargo, como acertadamente apunta el recurrente en su recurso, no se ha impugnado la autenticidad de los servicios prestados a que la emisión de dichas facturas corresponden, ni tampoco la necesidad de los efectos reflejados en las mismas, sino únicamente se ha puesto de manifiesto que los autores de las mismas no han comparecido formalmente a ratificar su contenido.

NORMATIVA ESTUDIADA

LO 10/1995 de 23 noviembre 1995. Código Penal
art.621.3

Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro
art.20

ÍNDICE

ANTECEDENTES DE HECHO	1
FUNDAMENTOS DE DERECHO	2
FALLO	4

CLASIFICACIÓN POR CONCEPTOS JURÍDICOS

FALTAS

CONTRA LAS PERSONAS

Imprudencia simple

En accidente de tráfico

PENALIDAD

En general

RESPONSABILIDAD CIVIL

Derivada de accidente de circulación

Baremos

PROCESO PENAL

Valoración de la prueba

Otros supuestos

FICHA TÉCNICA

Procedimiento:Apelación, Faltas

Legislación

Aplica art.621.3 de LO 10/1995 de 23 noviembre 1995. Código Penal

Aplica art.20 de Ley 50/1980 de 8 octubre 1980. Contrato de Seguro

Cita RDLeg. 8/2004 de 29 octubre 2004. TR de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor

Cita art.140 de RDLeg. de 14 septiembre 1882. Año 1882. Ley de Enjuiciamiento Criminal

Bibliografía

Comentada en "Problemática jurisprudencial en torno a la determinación del grado de incapacidad permanente total o parcial derivado de un hecho de la circulación"

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- En dicho Juicio de Faltas se dictó Sentencia de 14 de octubre de 2002 en que se declararon probados los siguientes Hechos:

"Primero.- Ha quedado probado y así se declara expresamente que el día 4 de junio de 2001, sobre las 21,00 horas, Ildfonso, de 35 años de edad, cuando circulaba como ciclista por la carretera de Rodajos en el interior de la Casa de Campo, fue arrollado por el vehículo Renault 21 con matrícula H-...-EQ, asegurado en la entidad Mutua Madrileña Automovilista (número de póliza núm. 000), conducido por su propietario Cesar, que a causa de una distracción no cedió el paso al lesionado.

Segundo.- Que a causa del accidente de circulación, Ildfonso sufrió lesiones que tardaron en curar 230 días, estando 60 de ellos totalmente impedido para su trabajo y ocupaciones habituales (directivo de industria farmacéutica). Como secuelas le han quedado las siguientes: cervicalgia de carácter leve; tendinitis aquilea derecha; dolor sobre ligamento lateral externo de tobillo izquierdo con limitación de la inversión; subluxación radio-carpiana izquierda dorsal; muñeca izquierda dolorosa; limitación de la movilidad de muñeca izquierda; flexión 45° (normal 90°), extensión 60-65° (normal 70°), inclinación cubital de unos 35° (normal 45°) y radial 20° (normal 25°); cicatrices que suponen en conjunto un perjuicio estético ligero".

Y se pronunció el siguiente Fallo:

"Condenar a Cesar como autor responsable de una falta de lesiones imprudentes del art. 621.3 CP EDL 1995/16398 a la pena de un mes de multa a razón de 6 euros por día de sanción y al pago de las costas procesales. Deberá indemnizar igualmente a Ildfonso en la cantidad de 13.388,29 euros, declarándose la responsabilidad civil directa de Mutua Madrileña Automovilista".

SEGUNDO.- Contra dicha Sentencia se interpuso recurso de apelación por Ildfonso, con las alegaciones que en él constan, sin solicitar nuevas pruebas, que fue admitido a trámite en ambos efectos, dándose traslado del mismo por diez días a las demás partes, habiendo sido impugnado por la entidad Mutua Madrileña Automovilista, remitiéndose seguidamente los Autos a esta Sala. Debidamente examinados, no se estima necesaria la celebración de Vista.

Se dan por reproducidos los de la Resolución recurrida, que se aceptan en su integridad, y a los que se añaden los siguientes:

Ildfonso era alpinista de élite, habiendo tomado parte en muchas expediciones de carácter internacional de extrema dificultad técnica. Como consecuencia directa del accidente, y en concreto de las secuelas que le quedan en la muñecas y en los tobillos, ya no le será posible realizar este clase de actividades deportivas.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Sustenta el apelante su recurso en los siguientes motivos:

- a) Error de hecho en la apreciación de la prueba y aplicación indebida de la LRCSCVM EDL 2004/152063 en relación con la jurisprudencia que la desarrolla, al no concederle indemnización por la incapacidad permanente total del denunciante
- b) Error de hecho en la apreciación de la prueba y aplicación indebida de la LRCSCVM EDL 2004/152063 en relación con la jurisprudencia que la desarrolla, al no concederle indemnización por gastos médicos.
- c) Error de hecho en la apreciación de la prueba y aplicación indebida de la LRCSCVM EDL 2004/152063 en relación con la jurisprudencia que la desarrolla, al valorar el factor de corrección en un 36%.
- d) Por inaplicación del art. 20 LCS EDL 1980/4219 en relación con la jurisprudencia que lo desarrolla.

SEGUNDO.- El primero de los motivos de recurso debe ser atendido.

Como consecuencia directa del accidente el recurrente sufre en la muñeca y en los tobillos determinadas secuelas de carácter permanente (lo que no ha sido discutido en absoluto de contrario). Estas secuelas le impedirán dedicarse a la actividad de alpinista de élite (literalmente considera el médico forense que practicar la escalada de élite "ya no a va ser posible"). Ha quedado acreditado en autos suficientemente que el recurrente realizaba esta actividad con indudable éxito y a un elevado nivel internacional, así como que ya no va a poder hacerlo más.

Por esta razón, el recurrente pretende que la indemnización por secuelas sea incrementada en la cantidad de 42000 euros como factor de corrección, en cuanto esta situación supone una incapacidad permanente total para la ocupación o actividad habitual de la víctima, todo ello de acuerdo con lo previsto en la Tabla IV del Baremo establecido en la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en circulación de Vehículos a Motor.

La sentencia de instancia denegó tal indemnización, considerando que únicamente deben ser merecedoras de tal remedio y modificación las lesiones permanentes que comporten una incapacidad para la práctica de una actividad u ocupación de tipo profesional.

Sin embargo, esta consideración no puede ser compartida por esta Sala, no solo por cuanto resulta contraria a la literalidad de la disposición legal, sino por cuanto se enfrenta a lo que se deriva de su integración teleológica y sistemática.

La mentada Tabla IV fija la corrección de las cuantías indemnizatorias correspondientes a las secuelas permanentes y señala, entre otros supuestos, cuando las lesiones permanentes comporten una incapacidad para la ocupación o actividad habitual de la víctima. Ninguna circunscripción se fija por el legislador a que las postraciones hayan de ser exclusivamente de aquellas actividades que comporten un rendimiento para el lesionado. Por esta razón, también pueden considerarse incluidas aquellas otras actividades habituales que constituirían una realidad diaria, común y frecuente en el individuo, de suerte que el impedimento no comporta la imposibilidad de hacer lo

que antes se podría haber hecho -esencia misma de toda secuela-, sino que mutila lo que era el desarrollo ordinario la vida libremente escogida por el perjudicado.

Este concepto indemnizatorio no compensa la merma coyuntural de ingresos que tuviera el perjudicado como consecuencia de su temporal incapacidad para su trabajo habitual (lo que se resarce mediante las indemnizaciones básicas y el factor de corrección prevenido en la tabla V apartado b del baremo), sino la circunstancia de que una persona ve alterado sustancialmente su esquema vital como consecuencia del evento dañoso. Obsérvese al respecto que la baremización abordada por el legislador incluye también -y así se recoge expresamente al art. 1.2 LRCSCM- el daño moral derivado del padecimiento y habida cuenta que en el caso de autos la incapacidad permanente total para esta actividad habitual, no sólo ha dilapidado por culpa ajena el importante esfuerzo y dedicación pasada a una actividad deportiva, sino que priva al perjudicado de poder seguir dedicándose como hasta ahora a la actividad que libremente había elegido para aplicar a ella una gran parte de su tiempo e ilusión.

El padecimiento o daño moral es incuantificablemente más grave en quien no puede hacer aquello que normalmente hacía, que en aquel que se ve privado de una actividad que le era excepcional o cuya práctica era de expectativa potencial, siendo indiferente que aquella malograda posibilidad de actuar tuviera su génesis en la obligación, la vocación, la responsabilidad o cualquier otra circunstancia.

En tal consideración, teniendo en consideración la edad del lesionado, la importancia que tiene una actividad deportiva, la relevancia que hubo de tener en su ocio para llegar a alcanzar tales prestaciones y la frustración que ha de comportarle quedar constreñido en el futuro a desempeñar otros roles menos activos en el ámbito de la montaña, se estima procedente fijar como corrección por dicha incapacidad permanente total la cantidad de 30.000 euros.

TERCERO.- El segundo motivo también debe ser estimado.

El recurrente reclamó la cantidad de 4.043,76 euros en concepto de gastos médicos, cuyas facturas obran incorporadas a autos.

Dichas facturas han sido impugnadas de contrario, por la representación de la entidad aseguradora en cuanto no han sido ratificadas en la Vista Oral. Sin embargo, como acertadamente apunta el recurrente en su recurso, no se ha impugnado la autenticidad de los servicios prestados a que la emisión de dichas facturas corresponden, ni tampoco la necesidad de los efectos reflejados en las mismas (instrumentos para rehabilitación), sino únicamente se ha puesto de manifiesto que los autores de las mismas no han comparecido formalmente a ratificar su contenido.

En esta situación, lo procedente es estimar el motivo de recurso, revocar la sentencia en este punto, y diferir a ejecución de sentencia la fijación del importe total de la indemnización por gastos médicos, con las limitaciones siguientes: el importe total que finalmente se fije no se referirá a otros conceptos distintos de los ya reflejados en las facturas que fueron aportadas antes de la Vista Oral (tanto en ese momento como las que pudieran estar incorporadas a la causa); el importe total no podrá superar la cantidad de 4.043,76 euros.

CUARTO.- El tercero de los motivos de recurso también debe ser acogido.

La sentencia de instancia determina los ingresos netos del trabajo personal del recurrente restando las retenciones a cuenta de los ingresos íntegros percibidos. Sin embargo, no hay razón para descontar las retenciones a cuenta y no el impuesto directo finalmente abonado. O bien otros pagos periódicos por razón de otros impuestos directos o indirectos que desde luego redundan en que la disponibilidad neta del perjudicado sea menor. Sus ingresos netos ascienden por tanto a los que realmente tienen este carácter, sin perjuicio de que estos ingresos resulten mermados luego por las obligaciones tributarias del sujeto y ello, sobre todo, con absoluta independencia de la circunstancia de que estas obligaciones se cumplan en régimen de retención a cuenta, de pago anticipado o de alguna otra modalidad de ingreso en el Tesoro Público.

Lo cierto es, por tanto, que los ingresos netos son los íntegros menos los gastos deducibles. Y esta cantidad es 88.986,91 euros que, aplicando las tablas previstas en el baremo, conllevan una aplicación de factor de corrección de un 60% y no del 36% que resultó aplicable en sentencia. Esta cantidad se aplicará tanto a las cantidades fijadas en concepto de incapacidad temporal como permanente.

De este modo, la indemnización resultante es la siguiente:

- Incapacidad temporal básica: 6.506,2 euros.-
- Factor de corrección 60% 3.903,72 euros
- Incapacidad permanente básica: 29.072,68 euros.
- Factor de corrección 60% 17.443,61 euros.
- Incapacidad permanente actividad habitual: 30.000 euros.

TOTAL: 86.926,21 euros

La cantidad abonada hasta la fecha, de acuerdo con la sentencia recurrida, es de 34.998,99 euros. De este modo, la indemnización que resta por abonar es de cincuenta y un mil novecientos veintisiete euros con veintidós céntimos (51927,22 euros).

QUINTO.- El último de los motivos de recurso no puede acogerse.

El art. 20 LCS EDL 1980/4219 establece el régimen de indemnizaciones procedentes en el caso de que la entidad aseguradora hubiera incurrido en mora en el cumplimiento de su prestación, disponiendo que la entidad aseguradora incurrirá en mora cuando no hubiera cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro.

En el caso de autos, en que el accidente de tráfico tuvo lugar el día 4 de junio de 2001, la entidad aseguradora constituyó aval por importe de 100.000 pts (601 euros) el día 6 de agosto de 2001. Habiendo sido declarado insuficiente la consignación por auto de 9 de octubre de 2001, los días 7 de noviembre y 5 de diciembre de 2001 se consignó la cantidad requerida por el juez instructor, hasta un total de otras 229.100 ptas. (1.376,92 euros). Posteriormente, y verificado nueva exploración médico forense, se produjo un nuevo informe

de sanidad de 27 de mayo de 2002, que motivó que se produjera nueva consignación, a efectos de pago al perjudicado, por importe de 33.021,06 euros. Esta consignación se produjo el día 2 de julio de 2002.

Resulta pues que la actuación de la entidad aseguradora en este caso ha sido suficientemente diligente. Consignó preventivamente una primera cantidad, a falta de dictamen médico y a la vista de que el pronóstico de las lesiones (vid. Folio 3), era leve salvo complicaciones). Una vez se declaró su insuficiencia (lo que no ocurrió hasta el 9 de octubre por que el dictamen forense de sanidad no se incorporó a la causa hasta el día 1 de ese mismo mes, actuó de inmediato y consignó las cantidades que le fueron requeridas por el Juez instructor, precisamente para evitar su declaración en mora. Obviamente, esta consignación era formalmente suficiente en dicho momento, a la vista del Auto de 9 de octubre anterior.

A partir de ahí sostiene el recurrente que la entidad aseguradora obró con temeridad y mala fe. Sin embargo, lo cierto es que el nuevo dictamen forense que sustituyó al anterior no se elaboró e incorporó a la causa hasta el día 27 de mayo de 2002. Y de modo inmediato la entidad aseguradora consignó la cantidad de 33.021,06 euros, para hacer pago al perjudicado. Esta consignación no fue declarada insuficiente por el Juzgado, y se correspondía con una razonable valoración de las incapacidades temporal y permanente padecidas por el lesionado, excluido el factor de corrección que fue finalmente aplicable. De este modo es claro que la consignación efectuada superaba holgadamente el importe mínimo de lo que la aseguradora podría deber a la vista de las lesiones padecidas por el lesionado, habiendo sido su actuación suficientemente diligente. El motivo debe ser rechazado.

SEXTO.- De conformidad a lo dispuesto en el art. 140 LECrim EDL 1882/1 , procede declarar de oficio las costas procesales que se hubiesen causado en ambas instancias.

Vistos los artículos citados y demás de general aplicación al caso, administrando justicia en nombre del Rey:

FALLO

Estimo el Recurso de Apelación interpuesto por Ildefonso contra la Sentencia de fecha 14 de octubre de 2002 dictada por el Ilmo Sr. Magistrado-Juez del Juzgado de Instrucción número 4 de los de Madrid en los autos de Juicio de Faltas número 1050/2001, la cual revoco en el particular de las indemnizaciones a que deberán hacer frente los responsables civiles definidos en la sentencia, confirmándola en sus restantes pronunciamientos.

La indemnización total será de ochenta y seis mil novecientos veintiséis euros con veintiún céntimos (86.926.21 euros), de la que ya han sido abonados 34.998,99 euros, por lo que restan cincuenta y un mil novecientos veintisiete euros con veintidós céntimos (51927,22 euros).

Se fijará en indemnización de sentencia la indemnización por gastos médicos que hayan sido abonados por el recurrente, con las siguientes limitaciones:

- El importe total que finalmente se fije no se referirá a otros conceptos distintos de los ya reflejados en las facturas que fueron aportadas antes de la Vista Oral (tanto en ese momento como las que pudieran estar incorporadas a la causa);
- El importe total no podrá superar la cantidad de 4.043,76 euros.

Notifíquese esta resolución al Ministerio Fiscal y a las partes.

Llévese certificación de la presente al rollo de Sala.

Con certificación de la presente, devuélvanse los autos al Juzgado de procedencia a fin de que proceda a la ejecución de lo resuelto.

Contra esta resolución no puede interponerse recurso alguno.

Así por esta Sentencia, juzgando definitivamente en grado de apelación, lo pronuncio, mando y firmo. José de la Mata Amaya.

Fuente de suministro: Centro de Documentación Judicial. IdCendoj: 28079370012002100323