



Roj: **STS 372/2013 - ECLI:ES:TS:2013:372**

Id Cendoj: **28079110012013100036**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**

Sede: **Madrid**

Sección: **1**

Fecha: **21/01/2013**

Nº de Recurso: **1614/2009**

Nº de Resolución: **10/2013**

Procedimiento: **Casación**

Ponente: **JUAN ANTONIO XIOL RIOS**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

Resoluciones del caso: **SAP, Baleares, Sección 4ª, 10-06-2009 (rec. 49/2009) ,
STS 372/2013**

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a veintiuno de Enero de dos mil trece.

Visto por la Sala Primera del Tribunal Supremo, integrada por los magistrados indicados al margen, el recurso de casación n.º 1614/2009 que ante la misma pende de resolución, interpuesto por D. Hipolito , aquí representado por el procurador de los tribunales D. Pedro Antonio González Sánchez, contra la sentencia de 10 de junio de 2009, dictada en grado de apelación, rollo n.º 49/09, por la Sección 4.ª de la Audiencia Provincial de Baleares , como consecuencia de autos de juicio ordinario n.º 1027/07 del Juzgado de Primera Instancia n.º 19 de Palma de Mallorca. Es parte recurrida la entidad Mutua General de Seguros, que ha comparecido representado por la procuradora D.ª M.ª Teresa Puente Méndez.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El Juzgado de Primera Instancia n.º 19 de Palma de Mallorca dictó sentencia de 1 de octubre de 2008 , en el juicio ordinario n.º 1027/07, cuyo fallo dice:

«Fallo:

»Que debo estimar y estimo parcialmente la demanda formulada el/a procurador/a de los tribunales, D. Antonio J. Ramón Roig, en nombre y representación de D. Hipolito , debo condenar y condeno a la entidad Mutua General de Seguros al pago de la suma de ciento cuarenta y cinco mil sesenta y tres euros con treinta y un céntimos de euro (145.063,31 ?), más los intereses legales desde la fecha de la resolución judicial, sin que haya especial pronunciamiento en cuanto a las costas procesales».

SEGUNDO.- La sentencia contiene los siguientes fundamentos de Derecho:

»Primero. La parte actora ejercita acción de reclamación de cantidad para que la demandada le indemnice por las lesiones y secuelas sufridas en el accidente de tráfico de fecha 16 de junio de 2004.

»La parte demandada no discute su responsabilidad en el accidente, centrando su oposición en los siguientes motivos:

- »1. Participación culposa de la víctima en el accidente al no usar el preceptivo cinturón de seguridad.
- »2. Se discrepa en la cuantificación de los días improductivos y la valoración de las secuelas.
- »3. Se oponen a la calificación de incapacidad permanente absoluta, considerando que debe calificarse como permanente total.
- »4. No concurren los requisitos necesarios para la imposición de los intereses del artículo 20 de la LCS .



»Segundo. La primera cuestión que debe estudiarse es de índole fáctico y se centra en la determinación de si el perjudicado llevaba puesto el cinturón de seguridad cuando se produjo el accidente.

»La parte demandada afirma que el actor no llevaba puesto el cinturón de seguridad, apoyando su afirmación en dos informes periciales, que se fundamentan en la biomecánica del accidente y en las características de las lesiones del perjudicado.

»La parte actora se apoya en el informe confeccionado por la Guardia Civil, redactado por el cabo 1.º con T.I.P. NUM000 en el que se hace constar lo siguiente: "Se comprueba con total certeza que el cinturón de seguridad de la parte izquierda del vehículo Renault 11, matrícula AP-.... se hallaba destensado, holgado y sin elasticidad, lo que es indicativa de que el conductor sí hacía uso del mismo en el momento del accidente".

»Esta juzgadora se decanta por la versión dada por el cabo de la Guardia Civil en tanto en cuanto se trata de un profesional que goza de plenas garantías de objetividad e imparcialidad, que tiene los conocimientos técnicos y la experiencia necesaria para responder con conocimiento de causa en dicha cuestión, siendo el profesional que acudió al lugar del siniestro y vio directamente el vehículo accidentado y la posición y características del cinturón de seguridad en los momentos inmediatamente posteriores al siniestro.

»El cabo acudió al acto del juicio y respondió de una manera clara y convincente a todas las preguntas formuladas por los letrados, confirmando con toda seguridad que el demandante llevaba puesto el cinturón de seguridad en el momento del accidente, dando explicaciones muy lógicas y coherentes en apoyo de su afirmación.

»En consecuencia, se desestima la alegación de concurrencia de culpas.

»Tercero. Con relación a los días de baja, el informe del doctor Pablo computa los días de baja desde el accidente (24 de junio de 2004) hasta el 16 de febrero de 2006, fecha en que el INSS declaró la incapacidad total del demandante.

»Por el contrario, el informe del como el del doctor Juan Antonio considera que el fin de los días de baja es el 15 de diciembre de 2005, fecha en que se produjo la alta laboral.

»En este extremo es más acertado el criterio Don Juan Antonio en tanto en cuanto los días improductivos alcanzan hasta que se produce la alta médica, que es la finalización del tratamiento curativo, sin que los días improductivos puedan depender, de un trámite de carácter administrativo como es la concesión de la incapacidad laboral.

»Por todo ello, los días improductivos se computarán hasta el 15 de diciembre de 2005.

»En cuanto a la valoración de las secuelas, tan solo existe discrepancia en tres puntos. Cada parte aporta su propio dictamen pericial, sin que exista uno de carácter judicial. Esta juzgadora se decanta por el informe pericial de la parte actora al considerar que el médico que ha efectuado el informe ha reconocido personalmente al paciente, habiendo realizado una exploración completa del mismo, exponiendo de una manera clara y coherente en el acto del juicio las razones que le han llevado a cuantificar los puntos de secuela. Por el contrario, el perito de la parte demandada no ha explorado personalmente al paciente, habiéndose basado en documentación médica obrante en las actuaciones. Así pues, se considera que teniendo ambos peritos garantías de verosimilitud y de buen hacer profesional, es más plausible que sea más acertado el informe del perito que ha tenido un contacto directo con el paciente, habiendo podido reconocerlo y determinar en toda su magnitud cuál es el alcance de las secuelas.

»Por tanto, se computarán 37 puntos de secuela.

»Cuarto. En cuanto a la valoración de la incapacidad, el anexo a la disposición adicional octava de la Ley 30/1995, contiene el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

»Sobre la amplitud del concepto civil de incapacidad permanente se han pronunciado diversos autores, y debe tenerse en cuenta, por tanto, que al tipificarse este factor y definirse cada uno de sus tres grados o modalidades su virtualidad no se liga necesariamente a la ocupación laboral y productiva de la víctima, sino a su actividad habitual, de tal manera que el factor no viene determinado de la forma forzosa por la actividad profesional del lesionado, de la que incluso puede carecer, por razón de su edad, por razones personales o por razones socio-económicas. Como justificación de la amplia y coherente interpretación que se apunta debe subrayarse que la regla criteriológica 7.ª del apartado primero del anexo establece que, para la ponderación de los daños y perjuicios, se toman en consideración las circunstancias económicas, refiriendo estas no solo a las pérdidas de ingresos, sino también al menoscabo de la capacidad de trabajo; pero tomándose también en consideración las circunstancias familiares y personales de la víctima.



»La incapacidad permanente parcial queda literalmente reconducida al supuesto de que las secuelas limiten solo de forma parcial la ocupación o actividad habitual del lesionado, pero sin impedir la realización de las tareas fundamentales de ella. El de la incapacidad permanente total opera cuando las secuelas impiden totalmente la realización de las tareas de la ocupación o actividad habitual del lesionado. Finalmente, el concepto de incapacidad permanente absoluta viene determinado por la existencia de secuelas que inhabilitan al lesionado para la realización de cualquier ocupación o actividad. Pero la cabal lectura de estas definiciones, extrapoladas impropriamente de la legislación laboral, ha de efectuarse atendiendo al grado con que quedan negativamente afectadas las diversas actividades de cada individuo, con referencia al momento previo al de la producción del accidente o, atendiendo en su caso, a las potencialidades de su futuro. Para captar los tres grados de incapacidad permanente, debe prescindirse del marchamo laboral de los conceptos utilizados y también de la expresión literal de las definiciones traídas a la tabla mediante el burdo mecanismo de reiterar las del derecho de la Seguridad Social, pero cambiando la palabra profesión por la referencia a la actividad u ocupación habitual. Los reflejos mentales condicionados por el uso de estos conceptos en el orden laboral pueden impedir reparar en que su contenido en el sistema es diverso, como conceptos estrictamente civiles que son; y padecen este error incluso quienes tienen conciencia de esa diferenciación.

»De acuerdo con el informe Don Pablo, las secuelas mencionadas en el informe le impiden desplazarse con un mínimo de autonomía de un lugar a otro, y las neuropatías y secuelas de sus extremidades inferiores le ocasionan dificultades incluso en las necesidades básicas como aseo o vestirse.

»La imposibilidad de desplazarse con un mínimo de autonomía ha quedado contradicha a través del informe y las fotografías aportadas por la empresa de detectives privado Winterman. En los mismos se puede comprobar como D. Hipolito camina con una sola muleta, sube y baja de un autobús de línea, realiza unas compras, cargando con el peso de dos bolsas. Durante estos dos días de seguimiento, el demandante permaneció fuera de su domicilio durante unas dos horas. Durante este tiempo, no precisó la ayuda de nadie, valiéndose por sí mismo para desplazarse de un lugar a otro, así como para la realización de determinadas actividades cotidianas.

»Por todo ello, se considera que la incapacidad debe ser total y no absoluta ya que el lesionado no está inhabilitado para la realización de cualquier ocupación o actividad de índole civil. Y dentro de la incapacidad total se concede la cantidad máxima, dada la magnitud de las secuelas que padece el demandante y las elevadas limitaciones que estas conllevan.

»Quinto. Una vez determinado el alcance de las lesiones y su calificación, es necesario proceder a la cuantificación de las mismas.

»Utilizando el baremo correspondiente a la fecha de estabilización de las lesiones, 15 de diciembre de 2005, es decir, el correspondiente al año 2005:

»1. Días de baja:

»a) 171 días por estancia hospitalaria por 58,19 ?..... = 9.950,49 euros.

»b) 377 días impeditivos por 47,28..... = 17.824,56 euros.

»Total = 27.775,05 euros.

2.- Secuelas:

»a) 30 puntos por secuelas funcionales por 1.058,75 euros = 31.762,5 euros.

»b) 7 puntos por secuelas de perjuicio estético por 611,74 euros = 4.282,18 euros.

»Total secuelas = 36.044,68 euros.

»3.- Factores de corrección por lesiones permanentes:

»10 % factor de corrección por perjuicios económicos = 3.604,46 euros.

»4.- Lesiones permanentes que constituyen incapacidad permanente total = 77.639,12 euros.

»La suma total de estas cantidades asciende a 145.063,31 euros, cantidad que debe pagar la entidad demandada a la parte demandante.

»Sexto. En cuanto al interés del artículo 20 de la LCS establece dicho precepto 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.

»Por su parte una extensa doctrina jurisprudencial ha venido interpretando dicho artículo, estableciendo que no es aplicable el interés sanción cuando ha sido necesaria la previa determinación judicial del alcance y efectos



concretos del siniestro, debiendo ser cada órgano jurisdiccional el que dilucide en cada caso concreto si ha sido necesaria su intervención. Además, el juicio de reprobabilidad que se debe realizar no puede ser ajeno a la finalidad del precepto, que es agilizar el pago de las indemnizaciones evitando maniobras dilatorias y que el asegurador acuda a la vía judicial con el único fin de demorar el pago. Debiendo valorar por tanto la desidia o prontitud en el abono de las indemnizaciones.

»En el presente caso el accidente tuvo lugar en fecha 16 de junio de 2004. El 14 de septiembre del mismo año se efectuó la primera consignación en la causa penal, solicitándose que el juzgado se pronunciara sobre la suficiencia de dicha consignación, sin que se dictara resolución alguna en este sentido. En el juicio de faltas no se personó el Sr. Hipolito , archivándose definitivamente a los seis meses de la incoación. Cuando se inició la causa civil, la parte demandada manifestó su allanamiento parcial, consignando y poniendo a disposición de la actora la suma de 85.978,45 euros.

»Entendiendo justificada la discrepancia de la parte demandada ya que algunos de sus motivos de oposición han sido estimados, y teniendo en cuenta las consignaciones por ella efectuadas, no cabe la imposición de intereses moratorios del art. 20 de la LCS .

»En consecuencia, deberá abonarse el interés legal a partir de la fecha de la resolución judicial.

»Séptimo. De acuerdo con lo establecido en el art. 394 de la LEC en materia de costas, que consagra el criterio del vencimiento, al tratarse de una estimación parcial de la demanda, no hay especial pronunciamiento en cuanto a las mismas, debiendo cada parte pagar las suyas y las comunes por mitad».

TERCERO.- La Sección 4.ª de la Audiencia Provincial de Baleares dictó sentencia el 10 de junio de 2009, en el rollo de apelación n.º 49/09 , cuyo fallo dice:

«Fallo:

»1) Desestimando el recurso de apelación interpuesto por el procurador D. Antonio Ramón Roig, en nombre y representación de D. Hipolito , contra la sentencia de fecha 1 de octubre de 2008 , dictada por el Ilmo. Sr. Magistrado del Juzgado de Primera Instancia n.º 19 de Palma, en los autos juicio ordinario de los que trae causa el presente rollo, debemos confirmarla y la confirmamos en todos sus extremos y pronunciamientos.

»2) Se imponen a la parte apelante las costas devengadas en esta alzada».

CUARTO.- La sentencia contiene los siguientes fundamentos de Derecho:

»Se aceptan los fundamentos jurídicos de la sentencia apelada en lo que no se opongan a los que siguen.

»Primero. El primer motivo del recurso de apelación interpuesto por la representación procesal de D. Hipolito contra la sentencia dictada en el primer grado jurisdiccional, se refiere a la indemnización señalada por días de incapacidad temporal, fundamentándolo en un supuesto error en la valoración de la prueba documental obrante en autos. Se solicita al respecto que los días de baja impeditivos no hospitalarios, según informe pericial del Dr. D. Pablo acompañado con la demanda, se fijen en 440, hasta alcanzar la fecha de 16 de febrero de 2006, en la que el Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS, le concedió una incapacidad.

»La resolución apelada computa dicho periodo solo hasta el 15 de diciembre de 2005, atendiendo, se dice, al criterio del Dr. Juan Antonio , propuesto por la demandada como especialista en valoración del daño, que sitúa los días de baja incapacitantes en 377. La diferencia entre ambos pareceres es de 63 días.

»Entiende la juzgadora " *a quo* " que, efectivamente, esta última opinión es la que debe prevalecer, en tanto en cuanto los días impeditivos alcanzan hasta que se produce la alta médica, "que es la finalización del tratamiento curativo, sin que los días impeditivos puedan depender de un trámite de carácter administrativo como es la concesión de la incapacidad laboral". La fecha de la alta médica, en tal sentido, la sitúa la sentencia de instancia a 15 de diciembre de 2005. Se razona en el recurso que no existe en autos ningún documento ni ninguna prueba adicional o complementaria que haga referencia a dicha fecha y que, por tanto, no puede ser tomada como referencia para resolver la cuestión, aunque se acepta que la Mutua demandada realizó una propuesta de invalidez (no de alta) el 20 de diciembre de 2005, lo que en el peor de los casos en contra de su tesis, incrementaría el tiempo de baja en cinco días.

»Lo cierto es, sin embargo, que en el informe Don. Pablo se advierte (folio 42) que la alta laboral del paciente D. Hipolito se produjo el 15 de diciembre de 2005. Lo mismo se afirma en el Don. Juan Antonio (folio 138). De ambos dictámenes se puede predicar la misma profesionalidad e imparcialidad, siendo así que fueron propuestos por las dos partes en conflicto, aunque coinciden en el dato ahora analizado, si bien, también, en los dos se señala que fue el 12 de febrero de 2006 cuando el Sr. Hipolito fue calificado por el INSS en situación de incapacidad total. También consta que frente a dicha decisión administrativa se interpuso recurso ante la



jurisdicción social que, en fecha 21 de febrero de 2007, dicta sentencia por la que declaraba que el actor se hallaba en situación de incapacidad permanente en el grado de absoluta para toda profesión u oficio".

»Segundo. Llegados a este punto, parece obvio concluir que la alta médica y laboral se produjo el 15 de diciembre de 2005, pues así coinciden ambos peritos (aunque no exista documento oficial o administrativo en autos, que debió ser analizado en sus respectivos informes), sin perjuicio de que fuera necesario un tratamiento posterior de rehabilitación o de mantenimiento que únicamente persigue, en general, la estabilización de lo que ya está definitivamente instaurado, sin que en el proceso actual se haya demostrado que el supuesto se escapa de la regla ordinaria.

»Se invocan en el recurso los artículos 128 y siguientes de la Ley General de la Seguridad Social, definatorios de las indemnizaciones por incapacidad temporal y, en especial el artículo 131 bis, 3.º, a cuyo tenor "los efectos de la situación de incapacidad temporal se prorrogarán hasta el momento de la calificación de incapacidad permanente, en cuya fecha se iniciarán las prestaciones económicas de esta ...".

»Ya la sentencia combatida contiene en su seno la diferenciación esencial entre el ámbito jurídico laboral y el civil, de modo que a sus acertados razonamientos se remite este tribunal en aras a repeticiones inútiles. Los días de incapacidad temporal están bien computados en sentencia, a los efectos de la indemnización civil, con lo cual la causa de apelación analizada debe ser rechazada.

»Tercero. La decisión anterior arrastra la que deba aplicarse al tema de cuál es el baremo indemnizatorio vigente a tomar en consideración para el cálculo de la indemnización. La resolución de instancia utiliza el relativo a la fecha de estabilización de las lesiones que, como se ha dicho, corresponde al año 2005, por lo que tampoco se observa error " *de iure* " en este aspecto, siendo así que en el recurso se pretende la aplicación del baremo publicado en 2006, por el dato de que fue en dicha anualidad en la que se produjo la declaración administrativa de incapacidad total, fecha de referencia que ya ha sido descartada en la presente decisión a los efectos puramente civiles.

»Cuarto. Procede ahora entrar en la alegación relativa a la indemnización por factor de corrección, en función de que la incapacidad padecida por el Sr. Hipolito sea total o absoluta, lo que resuelve la sentencia combatida en favor de la primera opción.

»Las razones de que ello sea así se contienen en el fundamento de derecho cuarto de dicha decisión, en cuanto distingue, conceptualmente, la incapacidad permanente parcial, la incapacidad permanente total y la incapacidad permanente absoluta, entendiendo que estas definiciones, extraídas de la legislación laboral, no pueden trasladarse miméticamente al campo civil indemnizatorio, pues de lo que ahora se trata no es la evaluación una incapacidad laboral o profesional, sino de una secuela determinante de una incapacidad total o absoluta para "la actividad u ocupación habitual", como concepto estrictamente civil y privado.

»La resultancia de la prueba y, en especial, la procedente de informe de detectives privados, conduce a estimar, con el juzgador de instancia, que a efectos indemnizatorios civiles su incapacidad debe calificarse de total y valorarla en la cantidad máxima baremada, pues no se ha puesto en discusión las graves lesiones, secuelas y limitaciones que el actor padece a consecuencia del siniestro de autos.

»Quinto. En el último motivo de apelación la parte recurrente refiere la inaplicación del artículo 20 de la LCS y de la jurisprudencia que lo ha interpretado.

»También en este aspecto ha de ser confirmada la resolución apelada, matizando o completando sus razonamientos. El accidente de autos se produjo el 16 de junio de 2004. Consta en autos que ante el Juzgado de Instrucción n.º 4 de esta capital se siguieron diligencias penales, en cuyo seno, el 14 de septiembre de 2004, la demandada consignó la cantidad de 24.683'58 €, suma que le fue devuelta el 3 de marzo de 2005, al archivarse el procedimiento penal por falta de denuncia y personación del perjudicado. Es cierto que a los folios 337 a 379 de las actuaciones constan telegramas de fechas de 16 de junio 2005, 7 de junio de 2006 y 18 de mayo de 2007, en reclamación extrajudicial inespecífica de daños y perjuicios y cuya finalidad fundamental se encuentra, seguramente, en la finalidad de interrumpir la prescripción de la acción. La reclamación formal y completa solo se produjo a finales de 2007, apareciendo en los presentes autos que la demandada consignó a efectos de pago la cifra de 85.978 €, que fue cobrada el 18 de junio de 2008.

»De todo lo anterior se deduce que la actividad de la Mutua demandada no fue indiligente ni morosa, sino que actuó al compás de los acontecimientos en una forma razonable y mediante consignaciones sucesivas que, aunque no alcanzan la cantidad total objeto de condena (que tampoco coincide con la global reclamada en la demanda), merecen la consideración de que sus causas de oposición no eran infundadas o que su conducta consignatoria, después de años de espera hasta la reclamación final y resolución judicial, no es merecedora de la imposición de intereses sancionatorios como se solicita en la demanda y en el recurso.



»Es por tales argumentos que se desestimará el recurso de apelación interpuesto y se confirmará la sentencia apelada en todos sus pronunciamientos.

»Sexto. Dado el sentido de la presente resolución y el contenido del art. 398 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, se impondrán a la parte apelante las costas ocasionadas en esta alzada».

QUINTO.- Contra la anterior sentencia D. formuló recurso de casación al amparo del artículo 477.2.2.º LEC. El recurso se articula a través de cuatro motivos.

El motivo primero se introduce con la fórmula:

«Primero. Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.1 LEC, por infracción de las normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso. Todo ello en relación y concordancia con art. 477.2.2.º LEC. Vulneración del art. 20, regla 8.ª de la Ley de Contrato de Seguro, Ley 50/1980, de 8 de octubre, al no haber impuesto la sentencia recurrida los intereses sancionatorios, estimando indebidamente la existencia de causa de justificación por parte de la aseguradora, quedando también vulnerado el art. 1902 del Código Civil ».

En síntesis, el motivo se fundamenta en lo siguiente:

El accidente ocurrió el 16 de junio de 2004 y la aseguradora consignó 24 683,58 euros antes de que transcurrieran tres meses. Pero tal consignación no fue operativa y como no llegó a interponerse denuncia por el lesionado se devolvió a la compañía.

Interpuesta demanda, dentro de los diez primeros días la aseguradora consignó la cantidad de 85978 euros (16 de noviembre de 2007).

Tanto el Juzgado como la AP consideraron que la conducta de la aseguradora no era merecedora de la imposición de intereses por demora, decisión que no se comparte.

En primer lugar, la consignación efectuada en sede penal era irrisoria teniendo en cuenta las lesiones sufridas y conocidas por la aseguradora. Además nunca se puso en disposición del perjudicado, quien ignoró el ingreso efectuado.

En segundo lugar, la sentencia valora como justificada la oposición atendiendo a una supuesta concurrencia de culpas que luego fue descartada.

Cita y extracta la STS de 29 de junio de 2009.

La sentencia de la AP contradice la jurisprudencia del TS que impide que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago de los perjudicados.

Además, la no imposición de intereses vulnera el artículo 1902 CC, que proclama el principio de la restitución íntegra del daño ocasionado.

El motivo segundo se introduce con la fórmula:

«Segundo. Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.1 LEC, por infracción de las normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso. Todo ello en relación y concordancia con el art. 477.2.2.º LEC. Por infracción de la Disposición Adicional Octava de la Ley 30/1995, por la que se modifica el Texto Refundido aprobado por Decreto 632/1968, de 21 de marzo. Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes. Tabla IV. Quedando también vulnerado el art. 1902 del Código Civil ».

En síntesis, el motivo se fundamenta en lo siguiente:

La jurisdicción social modificó la decisión del INSS en el sentido de reconocer al recurrente una incapacidad permanente absoluta y no total.

Esta decisión debe ser tomada en cuenta en el orden civil, para reconocerle una incapacidad también absoluta a la vista de las lesiones y secuelas resultantes, lo que tiene que tener reflejo en la indemnización que se conceda.

El motivo tercero se introduce con la fórmula:

«Tercero. Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.1 LEC, por infracción de las normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso. Todo ello en relación y concordancia con el art. 477.2.2.º LEC. Por infracción de la Disposición Adicional Octava de la Ley 30/1995, por la que se modifica el Texto Refundido aprobado por Decreto 632/1968, de 21 de marzo. Tabla V. Indemnizaciones por incapacidad temporal. Infracción del art. 1902 del Código Civil y principio de restitutio in integrum en orden a la reparación íntegra del daño».

En síntesis, el motivo se fundamenta en lo siguiente:



La sentencia recurrida fija el alta el día 15 de diciembre de 2005, frente a la pretensión del recurrente de fijarla, y por ende, computar los días de baja, hasta que recayó decisión administrativa del INSS reconociendo la incapacidad permanente 16 de febrero de 2006. De conformidad con la jurisprudencia del TS, la valoración del daño debe hacerse conforme a las cuantías vigentes en el momento de producirse el alta definitiva, que en el caso enjuiciado tuvo lugar con el reconocimiento de la incapacidad permanente. Ese momento, el de la determinación del alcance sobre la invalidez de las lesiones sufridas es también el que fija el TS para el inicio del plazo de prescripción, y es una fecha cierta, a diferencia de la del alta médica que toma en cuenta la AP que solo resulta de las apreciaciones -discrepantes además- de los peritos. En consecuencia, deben añadirse 63 días de baja y aplicar las cuantías correspondientes al año 2006.

El motivo cuarto se introduce con la fórmula:

«Cuarto. Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.1 LEC, por infracción de las normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso. Todo ello en relación y concordancia con el art. 477.2.2.º LEC. Infracción del art. 1.2 y 3 del párrafo primero del Anexo de la Ley 30/1995, y de la jurisprudencia que lo interpreta, concretada en sentencias tales como STS 17 de abril de 2007 y 25 de febrero de 2009 ».

En síntesis, el motivo se fundamenta en lo siguiente:

En este motivo se defiende que el daño, acreditado con arreglo a lo alegado en los motivos precedentes (es decir, apreciando la invalidez permanente absoluta y computando como baja el tiempo transcurrido hasta que se declaró administrativamente esta situación) debe ser valorado con arreglo a las cuantías del año 2006 (en lugar de las establecidas para el año 2005, por las que se decantó la sentencia recurrida).

Cita y extracta la STS de 17 de abril de 2007, del Pleno.

Con arreglo a esta doctrina, los días de baja impeditivos que no precisaron hospitalización deben computarse a razón de 50,35 euros/día.

Termina la parte solicitando de esta Sala «[...] dicte sentencia por la cual acuerde estimar alguno o algunos de los motivos expuestos en el presente escrito, casando la sentencia recurrida, declarando lo que corresponda y resolviendo conforme a las pretensiones formuladas por esta parte en este recurso. Todo ello con expresa imposición de costas a la parte adversa».

SEXTO.- Mediante auto de 18 de mayo de 2010, se acordó admitir el recurso de casación formulado al amparo del artículo 477.2.2.º LEC, por razón de la cuantía.

SÉPTIMO.- En el escrito de oposición, presentado por la representación procesal de la entidad Mutua General de Seguros, se formulan, en resumen, las siguientes alegaciones:

Primera. Según la regulación vigente cuando se produjo el hecho, la mora se rige por una normativa especial, que no se cita como vulnerada, según la cual, en los casos de daños a personas que tarden en curar más de tres meses, la aseguradora puede exonerarse del recargo pagando o consignando en plazo a expensas de que se declare suficiente por el órgano judicial a la vista de las circunstancias y de los dictámenes que se precisen. En el caso enjuiciado consta que las lesiones se sufrieron durante más de tres meses, que se consignó en pago, que el proceso penal se archivó por falta de denuncia del perjudicado, y que se volvió a consignar por la aseguradora en los diez días siguientes al inicio del pleito civil, circunstancias en su conjunto reveladoras de la voluntad de cumplir con sus obligaciones.

No se puede aludir al artículo 20 LCS sin mencionar la regulación especial de la DA de la LRCSCVM, a cuyos preceptos se ajustó la actuación de la aseguradora.

En todo caso, también resulta de aplicación la regla 8.ª, en cuanto a la existencia de causa justificada, pues en ningún momento la aseguradora se desentendió de su deber de pagar ni su oposición a lo largo del pleito puede calificarse de no razonable, ante la incertidumbre del daño, el carácter desproporcionado de la indemnización solicitada y la demora injustificada en la interposición de la demanda (no es achacable a la aseguradora que se decidiera a esperar hasta que recayó sentencia firme en el ámbito laboral sobre la invalidez reconocida, que no vinculaba a la jurisdicción civil).

Segunda. La invalidez reconocida por la sentencia (permanente total, en grado máximo) es más que suficiente para compensar la pérdida en atención a la edad que tenía. En ningún caso debe hacerse una transposición automática de la sentencia laboral, dado que no vincula y no se ha practicado prueba alguna respecto de la actividad u ocupación habitual del Sr. Hipólito, ni de qué hacía fuera del tiempo de trabajo, ni de las privaciones que las secuelas han supuesto para la actividad u ocupación habituales.



Tercera. La curación de una persona no puede hacerse depender de trámites burocráticos. Por eso la estabilización de las lesiones se fija con el alta médica y no con la fecha de la resolución del INSS. Además de no existir prueba que avale la tesis de esta última.

Cuarta. La sentencia recurrida se ajusta a la jurisprudencia de la Sala en torno a la valoración del daño conforme a las cuantías vigentes en el momento del alta médica (15 de diciembre de 2005).

Termina la parte recurrida solicitando de la Sala: «[...] dicte sentencia por la que se desestime el recurso de casación por no concurrir las infracciones normativas mantenidas de contrario».

OCTAVO.- Para la deliberación y fallo del recurso se fijó el día 9 de enero de 2013, en que tuvo lugar.

NOVENO.- En esta resolución se han utilizado las siguientes siglas:

AP, Audiencia Provincial

CC, Código Civil.

DA, Disposición Adicional

DF, Disposición Final

FD, fundamento de Derecho.

INSS, Instituto Nacional de la Seguridad Social

LEC, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

LRCSCVM, Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

LCS, Ley 50/1980, de 5 de octubre, de Contrato de Seguro.

LOSSP, Ley 30/95 de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

STS, sentencia del Tribunal Supremo (Sala Primera, si no se indica otra cosa).

SSTS, sentencias del Tribunal Supremo (Sala Primera, si no se indica otra cosa).

TRLRSCVM, Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre.

TS, Tribunal Supremo.

Ha sido Ponente el Magistrado Excmo. Sr. D. Juan Antonio Xiol Rios, que expresa el parecer de la Sala.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- *Resumen de antecedentes.*

1. A resultas de las lesiones y secuelas sufridas en accidente de circulación ocurrido el 16 de junio de 2004, el perjudicado, D. Hipolito , formuló demanda contra la aseguradora del vehículo causante, Mutua General de Seguros, en ejercicio de acción directa y reclamación de la pertinente indemnización más intereses del artículo 20 LCS y costas. En apoyo de tales pretensiones aportó dictamen pericial, que, en síntesis, fijaba el día de alta en la fecha en que el INSS declaró la incapacidad (16 de febrero de 2006), concedía una puntuación total por secuelas de 37 puntos, y valoraba el daño de acuerdo con las cuantías actualizadas para 2006.

2. La entidad aseguradora no negó su responsabilidad pero sí mostró su disconformidad con la cuantía reclamada como indemnización, por entender que la víctima había contribuido culposamente al resultado (aducía que no llevaba cinturón de seguridad), que el periodo de baja era menos extenso, que las secuelas debían recibir menor puntuación y que el daño debía valorarse económicamente de acuerdo con las cuantías vigentes en el momento en que ocurrió el siniestro (año 2004).

3. El Juzgado estimó parcialmente la demanda y fijó la indemnización en 145 063,31 euros. Además de descartar la concurrencia de culpas, en relación con las cuestiones controvertidas en casación declaró, en síntesis, lo siguiente: a) que la baja duró hasta el alta médica -15 de diciembre de 2005- y no hasta que se declaró la invalidez en el ámbito laboral; b) que para computar las secuelas (37 puntos) debía prevalecer la pericial de la parte actora, dado que fue el único perito que reconoció personalmente a la víctima; c) que el factor corrector de incapacidad permanente no viene determinado por la calificación laboral, pues también han de ser valorados otros aspectos familiares y personales y no solo la pérdida de capacidad para trabajar, lo que permite prescindir del alcance de la resolución del INSS y atender al resultado de la prueba practicada en el pleito civil, que acreditaba que la invalidez sufrida solo tiene carácter total y no absoluta porque la víctima



podía valerse por sí misma sin ayuda de terceras personas; d) que en orden a su cuantificación, debía estarse a las cuantías fijadas para el año 2005 en que se estabilizaron definitivamente las lesiones; y e) que la conducta de la aseguradora en el pleito penal y en el civil, en que consignó distintas cantidades (en el civil puso a disposición del actor la suma de 85978,45 euros) y el carácter razonable de su oposición (algunas razones fueron estimadas), era causa justificada para la no imposición del recargo por mora del artículo 20 LCS .

4. La AP desestimó el recurso del demandante y confirmó la sentencia apelada. En síntesis razonó: a) que el periodo de baja se extiende hasta la finalización del tratamiento curativo (15 de diciembre de 2005), sin que pueda extenderse hasta la fecha en que se reconoció administrativamente la incapacidad laboral; b) que, en consecuencia, el daño acreditado debía valorarse con arreglo a las cuantías actualizadas para el año 2005; c) que en orden a la aplicación del factor de corrección de incapacidad permanente, no resultan vinculantes las decisiones adoptadas en el ámbito laboral, cuyas definiciones no pueden trasladarse de forma automática al civil, en que se ha de estar al resultado de la prueba; d) que la conducta de la aseguradora no podía calificarse de morosa o no diligente, pues además de consignar en el previo pleito penal en plazo (14 de septiembre de 2004) una suma (24 683,58 euros) y pedir que se declarase su suficiencia (sin que el Juzgado se pronunciase al respecto), también consta que al iniciarse el presente pleito civil se consignó la cantidad de 85 978 euros, que fue cobrada el 18 de junio de 2008.

5. Contra dicha sentencia ha formulado recurso de casación la parte demandante-apelante, que ha sido admitido por razón de la cuantía.

SEGUNDO.- *Enunciación del motivo primero de casación.*

El motivo se introduce con la fórmula:

«Primero. Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.1 LEC , por infracción de las normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso. Todo ello en relación y concordancia con art. 477.2.2.º LEC . Vulneración del art. 20, regla 8.ª de la Ley de Contrato de Seguro , Ley 50/1980, de 8 de octubre, al no haber impuesto la sentencia recurrida los intereses sancionatorios, estimando indebidamente la existencia de causa de justificación por parte de la aseguradora, quedando también vulnerado el art. 1902 del Código Civil ».

La parte recurrente insiste en la existencia de razones para imponer a la aseguradora el recargo por mora del artículo 20 LCS , al considerar que las consignaciones efectuadas, principalmente la realizada en el proceso penal, fueron insuficientes, a la luz de las lesiones sufridas y conocidas por la compañía, y que la decisión de no imponer intereses se apoyó en el carácter razonable de la oposición, cuando una de los argumentos esgrimidos (la concurrencia de culpas) fue descartado por la prueba obrante, sin que la discusión en un proceso de este aspecto o la mera iliquidez sean causa justificada del impago para la jurisprudencia de esta Sala Primera.

El motivo debe ser desestimado.

TERCERO.- *Intereses de demora.*

A) La DA 8.ª de la Ley 30/1995 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados , además de cambiar la denominación de la Ley de Uso y Circulación de Vehículos de Motor (que pasó a llamarse Ley Sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor), incorporó a esta norma una DA, referente a la mora del asegurador, donde, si bien se remitía en torno a esta cuestión a lo dispuesto en el artículo 20 LCS , reconocía también una serie de particularidades, fundamentalmente la posibilidad de que la compañía de seguros pudiera exonerarse del recargo por mora pagando o consignando judicialmente la indemnización en el plazo de tres meses siguientes a la fecha de producción del siniestro, especificando que, si no podía conocerse en dicho plazo el exacto alcance de los perjuicios objeto de indemnización, habría de ser el juez el que decidiera sobre la suficiencia o ampliación de la cantidad consignada, previo informe del médico forense si fuera pertinente, y con arreglo a la cuantía aproximada que pudiera corresponder con arreglo al sistema legal de valoración que incorporaba el Anexo de la citada Ley.

Según ha venido entendiendo la jurisprudencia de esta Sala (SSTS de 29 de junio de 2009, RC n.º 840/2005 ; 7 de junio de 2010, RC n.º 427/2006 , 12 de julio de 2010, RC n.º 694/2006 ; 22 de noviembre de 2010, RC n.º 400/2006 , 28 de junio de 2011, RC n.º 1968/2007 , 28 de noviembre de 2011, RC n.º 1639/2008 , entre las más recientes), del tenor literal de la norma citada -en su redacción original, aplicable a los siniestros ocurridos durante su vigencia (SSTS de 26 de marzo de 2009, RC n.º 469/2006 ; de 22 de noviembre de 2010, RC n.º 400/2006 y de 10 de noviembre de 2010, RC n.º 882/2007 , entre otras)-, resulta con claridad que el beneficio de la exención del recargo se hace depender del cumplimiento de la obligación de pago o consignación en plazo (tres meses siguientes a la producción del siniestro), y, además, cuando sean daños personales con duración superior a tres meses o cuyo exacto alcance no puede ser determinado tras la consignación, de que la cantidad se declare suficiente por el órgano judicial a la vista del informe forense si fuera pertinente, siendo este un pronunciamiento que debe solicitar la aseguradora. Faltando estos dos presupuestos, no cabe reconocer a



la conducta desplegada por la compañía de seguros los efectos impeditivos de la producción de mora que contempla la norma. Hasta la entrada en vigor de la reforma introducida por la Ley 21/2007 (artículo 7.3 e), en relación con el artículo 9) esta Sala no ha considerado necesario ofrecer al perjudicado las cantidades consignadas para obtener los efectos liberatorios al reconocerle una finalidad estrictamente de garantía (SSTS de 26 de marzo de 2009, RC n.º 469/2006 , 12 de julio de 2010, RC n.º 694/2006).

Por otra parte, si bien de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20.8.º LCS , la existencia de causa justificada implica la inexistencia de retraso culpable o imputable al asegurador, y le exonera del recargo en que consisten los intereses de demora, en la apreciación de esta causa de exoneración esta Sala ha mantenido una interpretación restrictiva en atención al carácter sancionador que cabe atribuir a la norma al efecto de impedir que se utilice el proceso como excusa para dificultar o retrasar el pago a los perjudicados (SSTS 17 de octubre de 2007, RC n.º 3398/2000 ; 18 de octubre de 2007, RC n.º 3806/2000 ; 6 de noviembre de 2008, RC n.º 332/2004 , 7 de junio de 2010, RC n.º 427/2006 ; 1 de octubre de 2010, RC n.º 1314/2005 ; 17 de diciembre de 2010, RC n.º 2307/2006 ; 11 de abril de 2011, RC n.º 1950/2007 y 7 de noviembre de 2011, RC n.º 1430/2008).

En atención a esta jurisprudencia, si el retraso viene determinado por la tramitación de un proceso, para que la oposición de la aseguradora se valore como justificada a los 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 necesarias para integrar los presupuestos de la norma aplicada.

Esta interpretación descarta que la mera existencia de un proceso, o el 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 misma de indemnizar (SSTS 7 de junio de 2010, RC n.º 427/2006 ; 29 de septiembre de 2010, RC n.º 1393/2005 ; 1 de octubre de 2010, RC n.º 1315/2005 ; 26 de octubre de 2010, RC n.º 677/2007 ; 31 de enero de 2011, RC n.º 2156/2006 y 1 de febrero de 2011, RC n.º 2040/2006). Por este motivo, la jurisprudencia no aprecia justificación cuando, sin cuestionarse la realidad del siniestro ni su cobertura, la incertidumbre surge únicamente en torno a la concreta cuantía de la indemnización, o respecto de la influencia causal de la culpa del asegurado en su causación, incluso en supuestos de posible concurrencia de conductas negligentes. En el primer caso, porque es relevante que la indeterminación se haya visto favorecida por desatender la propia aseguradora su deber de emplear la mayor diligencia en la rápida tasación del daño causado, a fin de facilitar que el asegurado obtenga una pronta reparación de lo que se considere debido (SSTS de 1 de julio de 2008, RC n.º 372/2002 , 1 de octubre de 2010, RC n.º 1315/2005 y 26 de octubre de 2010, RC n.º 677/2007), sin perjuicio de que la aseguradora se defienda y de que, de prosperar su oposición, tenga derecho a la restitución de lo abonado, y porque la superación del viejo aforismo *in illiquidis non fit mora* [no se produce mora cuando se trata de cantidades ilíquidas] ha llevado a la jurisprudencia a considerar la indemnización como una deuda que, con independencia de cuándo se cuantifique, existe ya en el momento de producirse el siniestro, como hecho determinante del deber de indemnizar (entre las más recientes, SSTS de 1 de octubre de 2010, RC n.º 1315/2005 ; 31 de enero de 2011, RC n.º 2156/2006 ; 1 de febrero de 2011, RC n.º 2040/2006 y 7 de noviembre de 2011; RC 1430/2008). En el segundo caso, porque la responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos a motor se asienta sobre el riesgo generado por su conducción, de manera que la culpa de la víctima, aunque resulte probada, si no constituye la causa exclusiva del accidente, carece de eficacia para eximir de responsabilidad al conductor (SSTS de 10 de diciembre de 2009, RC n.º 1090/2005 ; 23 de abril de 2009, RC n.º 2031/2006 ; 29 de junio de 2009, RC n.º 840/2005 y 10 de octubre de 2008, RC n.º 1445/2003 , entre otras).

B) El pronunciamiento absolutorio en materia de intereses contenido en la sentencia recurrida se compadece plenamente con los criterios jurisprudenciales expuestos, por lo que no cabe apreciar la vulneración normativa que se denuncia. Son argumentos que amparan esta conclusión los siguientes:

(i) En atención a la base fáctica en la que se apoya la AP, que no cabe alterar en casación, consta acreditado que la aseguradora efectuó una primera consignación en sede penal por importe de 24 683,58 euros dentro del plazo de tres meses siguientes al siniestro (14 de septiembre de 2004), que solicitó que se declarase dicha cantidad como suficiente, pese a lo cual el Juzgado no se pronunció al respecto (dato que silencia el recurrente), y que, tras archivar el juicio de faltas por falta de denuncia del perjudicado e interponerse la demanda origen de este pleito, efectuó una segunda consignación en los diez días siguientes (como ordenaba la DA Ley 30/95, en la redacción dada por la DF 13.ª LEC -en vigor hasta su derogación por el RD 8/2004, de 29 de octubre-), por importe de 85 978 euros, suma que fue entregada a la víctima.

(ii) A partir de estos hechos, la conclusión jurídica que alcanza la AP es conforme a Derecho.



-De una parte, porque la aseguradora actuó con arreglo a las exigencias impuestas por la regulación singular de la mora en el pago de las indemnizaciones derivadas de accidentes de circulación, sin que existan razones fácticas ni jurídicas para reprochar a la aseguradora que la cantidad consignada en sede penal no fuera suficiente y que no fuera percibida por la víctima. En contra de lo que se defiende, la sentencia recurrida no declara probado que la compañía conociese la mayor gravedad de las lesiones al tiempo de realizar esa primera consignación en sede penal, por lo que no es posible asegurar que la consignación respondiera a una voluntad más aparente que real de cumplir con sus obligaciones. Además, una vez que la aseguradora solicitó un pronunciamiento judicial sobre su suficiencia ha de entenderse que su conducta se ajustó a las exigencias legales y jurisprudenciales, sin que la inactividad del Juzgado al respecto de declararla o no suficiente pueda operar en contra de dicha entidad. Por último, resulta esencial para desvirtuar las alegaciones de la parte recurrente respecto del desconocimiento de la consignación y su falta de entrega de su importe una doble circunstancia: que si el procedimiento fue archivado se debió exclusivamente a la inactividad del perjudicado, que al no formular denuncia en plazo, abocó al Juzgado a un pronunciamiento de archivo de la causa penal que trajo consigo que la consignación realizada se devolviera a la compañía, y que, en esas circunstancias, tampoco puede achacarse a la aseguradora ninguna responsabilidad por la falta de entrega, y menos aún cuando además expresó por escrito su voluntad de ofrecer en pago la cantidad consignada pese a que antes de la reforma de 2007 la eficacia liberatoria de la consignación no dependía de tal ofrecimiento.

-De otra parte, porque, incluso en la hipótesis de que se hubieran infringido las anteriores exigencias, también es acorde con la doctrina expuesta la apreciación contenida en la sentencia recurrida, favorable a la existencia de causa justificada. Esta conclusión se funda en que la AP toma en consideración como razón decisoria el carácter razonable o fundado de los argumentos de oposición en su conjunto. De ahí que no pueda prosperar el intento de la parte recurrente de cuestionar tal decisión, al margen del planteamiento fáctico y jurídico de la sentencia recurrida, dando a entender que el único aspecto de oposición relevante por haber resultado desestimado fue la falta de participación culposa de la víctima en el resultado dañoso.

-La denuncia del artículo 1902 CC no resulta procedente por no constar citado dicho precepto en preparación (AATS de 23 de enero de 2007, RC n.º 2469/2002 ; 24 de marzo de 2009, RC n.º 598/2007 y 15 de marzo de 2011, RC n.º 930/2010 , entre otros).

CUARTO.- *Enunciación del motivo segundo de casación.*

«Segundo. Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.1 LEC , por infracción de las normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso. Todo ello en relación y concordancia con el art. 477.2.2.º LEC . Por infracción de la Disposición Adicional Octava de la Ley 30/1995 , por la que se modifica el Texto Refundido aprobado por Decreto 632/1968, de 21 de marzo. Factores de corrección para las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes. Tabla IV. Quedando también vulnerado el art. 1902 del Código Civil ».

El motivo defiende que la decisión de la jurisdicción social en cuanto al grado de invalidez ha de ser respetada por la jurisdicción civil, lo que supondría, en este caso concreto, reconocer al recurrente, como factor corrector de la indemnización básica por lesiones permanentes, una incapacidad permanente absoluta en lugar de la total que apreció la AP.

El motivo debe ser desestimado.

QUINTO. - *Factor corrector por incapacidad permanente.*

A) La Tabla IV del Anexo LRCSVM contempla diversos factores de corrección de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes, entre estos, el de las lesiones permanentes que constituyan una incapacidad para la ocupación o actividad habitual de la víctima, con un incremento de menor a mayor cuantía, según la limiten en parte o totalmente o lleguen a privar al afectado de cualquier ocupación o actividad al margen de la habitual (SSTS de 29 de diciembre de 2010, RC n.º 1613/2007 y 23 de noviembre de 2011, RC n.º 1631/2008).

De todos ellos se ha dicho por la jurisprudencia que resultan compatibles entre sí (SSTS de 29 de diciembre de 2010, RC n.º 1613/2007 y 23 de noviembre de 2011, RC n.º 1631/2008) y que su concesión «depende de la concurrencia del supuesto fáctico que contempla la norma reguladora de cada factor, pues -solo en ese caso será aplicable-» (SSTS de 9 de marzo de 2010, RC n.º 456/2006 ; 20 de julio de 2009, RC n.º 173/2005 ; 19 de septiembre de 2011, RC n.º 1232/2008 , 23 de noviembre de 2011, RC n.º 1631/2008 y 30 de noviembre de 2011, RC n.º 737/2008).

En particular, del factor corrector por incapacidad permanente parcial, total o absoluta, ha declarado esta Sala (STS del Pleno de 25 de marzo de 2010 RC n.º 1741/2004 , y SSTS de 19 de mayo de 2011, RC n.º 1793/2007 y 23 de noviembre de 2011, RC n.º 1631/2008 , entre las más recientes, todas ellas acogiendo un criterio seguido por la doctrina de la Sala de lo Social en STS [Social], 17 de julio de 2007 , RCU 4367/2005), que dicho factor tiene como objeto principal el reparar el daño moral ligado a los impedimentos de cualesquiera



ocupaciones o actividades, siempre que merezcan el calificativo de habituales, conclusión que se alcanza valorando, entre otras razones, que en la enunciación del factor de corrección se utiliza el término «ocupación o actividad habitual» y no se contiene ninguna referencia a la actividad laboral del afectado, así como que, de acuerdo con la explicación del sistema que contiene el Anexo segundo, b), con relación a dicha Tabla IV, se trata de un factor de corrección compatible con los demás de la Tabla, entre los que se encuentra el factor de corrección por perjuicios económicos. La falta de vertebración de los tipos de daño de que adolece el Sistema de valoración impide afirmar que este factor de corrección sólo cubre daños morales y permite aceptar que en una proporción razonable pueda estar destinado a cubrir perjuicios patrimoniales por disminución de ingresos de la víctima; pero no puede aceptarse esta como su finalidad única, ni siquiera principal. Cuando se trata del factor corrector de incapacidad permanente total, su aplicación depende de la concurrencia del supuesto de hecho, consistente en la realidad de unas secuelas de carácter permanente que además incidan en la capacidad de la víctima de manera tal que la priven totalmente de la realización de las tareas propias de su ocupación o actividad habitual.

De otra parte, respecto de la posibilidad de revisar en casación la concreta suma concedida por dicho factor, en consonancia con la jurisprudencia que restringe el recurso de casación a examinar la corrección del juicio jurídico sobre la aplicación e interpretación de la norma sustantiva, y que, por eso mismo, impide revisar en esta sede la valoración de la prueba realizada por el tribunal de instancia en el ejercicio de una competencia que le es propia, constituye doctrina de esta Sala, que solo cabe revisar en casación la cuantía de la indemnización concedida por la AP cuando se aduce respecto de las bases en las que se asienta (SSTS de 15 de febrero de 1994 y 18 de mayo de 1994), o cuando existe arbitrariedad o una irrazonable desproporción (SSTS de 23 de noviembre de 1999 , 20 de octubre de 1988 , 19 de febrero de 1990 , 19 de diciembre de 1991 , 25 de febrero de 1992 , 15 de diciembre de 1994 , y 21 de abril de 2005 , y 9 de diciembre de 2008).

En línea con esta última doctrina, en materia de valoración de daños personales causados en accidente de circulación, de acuerdo con lo declarado en las SSTS de 22 de junio de 2009, RC n.º 1724/2005 , 16 de marzo de 2010, RC n.º 504/2006 ; 5 de mayo de 2010, RC n.º 556/2006 ; 15 de diciembre de 2010, RC n.º 1159/2007 y 20 de julio de 2011, RC n.º 820/2008 , corresponde al tribunal de instancia la valoración de la proporción en que debe estimarse suficientemente compensada la incapacidad sufrida dentro de los límites que señala la ley, no siendo posible en casación, como regla general, revisar la ponderación de la cuantía realizada por el tribunal de instancia dentro de dichos márgenes más que en caso de arbitrariedad, irrazonable desproporción, o, en cuanto cuestión jurídica, cuando la discrepancia con lo resuelto se funda en la infracción de las bases, requisitos o presupuestos que la ley contempla para poder concretar la indemnización dentro de los referidos márgenes. Puesto que la Tabla IV no contempla una cifra concreta para cada una de las modalidades de incapacidad, sino una cantidad mínima y otra máxima, el órgano judicial no está obligado a conceder esta última por el simple hecho de que concurra la incapacidad correspondiente, sino que se encuentra legalmente facultado para moverse entre esos márgenes y, por ende, para conceder una cantidad inferior a la que se fija como máxima en función de los hechos probados (SSTS de 16 de marzo de 2010, RC n.º 504/2006 , 5 de mayo de 2010, RC n.º 556/2006 y 20 de julio de 2011, RC n.º 820/2008).

B) La decisión de la AP se ajusta a estos criterios jurisprudenciales y no incurre en las infracciones que se denuncian.

(i) El sistema utiliza el término «ocupación o actividad habitual» y no contiene ninguna referencia a la actividad laboral del afectado. En consecuencia, la apreciación del supuesto fáctico de la norma, presupuesto para el reconocimiento del factor corrector de invalidez permanente, en sus distintos grados, no depende de la decisión tomada en sede laboral por los órganos administrativos o jurisdiccionales de dicho orden al respecto de la incidencia de las secuelas sufridas en la capacidad laboral del perjudicado, pues el sistema permite indemnizar tanto el perjuicio patrimonial ligado a la pérdida de ingresos por la incapacidad laboral como el daño moral ligado a dicha pérdida y, además el daño patrimonial y moral ligado a la falta de aptitud para el desempeño de lo que venía siendo cualquier actividad u ocupación habitual, incluso las de ocio.

(ii) La sentencia recurrida confirma en este punto los hechos probados en primera instancia, donde no solo se descartó que la incapacidad resultante de las secuelas privara al perjudicado de autonomía suficiente para no valerse por sí mismo (lo que excluía la apreciación de una situación de gran invalidez) sino también que la pérdida inherente a las secuelas llegara al extremo de impedirle la realización de cualquier ocupación o actividad habituales desde la perspectiva civil -que no laboral- a que se ciñe el sistema legal de valoración.

(iii) Con respecto al artículo 1902 CC , resulta de aplicación lo dicho en el anterior motivo sobre que no fue citado en preparación.

SEXTO.- Enunciación del motivo tercero de casación.



«Tercero. Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.1 LEC , por infracción de las normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso. Todo ello en relación y concordancia con el art. 477.2.2.º LEC . Por infracción de la Disposición Adicional Octava de la Ley 30/1995 , por la que se modifica el Texto Refundido aprobado por Decreto 632/1968, de 21 de marzo. Tabla V. Indemnizaciones por incapacidad temporal. Infracción del art. 1902 del Código Civil y principio de restitutio in integrum en orden a la reparación íntegra del daño».

Defiende el recurrente que el periodo de baja o incapacidad temporal debe prescindir del dato del alta médica y extenderse hasta la fecha en que recayó resolución administrativa reconociendo la incapacidad permanente (16 de febrero de 2006), ya que solo en este segundo momento quedó definitivamente concretado el daño (las secuelas) en orden a su reclamación y comenzó a correr el plazo de prescripción.

El motivo debe ser desestimado.

SÉPTIMO. - *Periodo de incapacidad temporal.*

A) Por regla general, el conocimiento del daño sufrido que ha de determinar el comienzo del plazo de prescripción lo tiene el perjudicado al producirse el alta definitiva, en la medida que en esta fecha se declaran estabilizadas las lesiones y se concretan las secuelas o, lo que es igual, se determina en toda su dimensión el daño personal y los conceptos objeto de indemnización. Así resulta de las SSTs, de Pleno, de 17 de abril de 2007, RC n.º 2908/2001 y de 17 de abril de 2007, RC n.º 2598/2002 , así como de las dictadas con posterioridad (SSTs de 19 de mayo de 2011, RC n.º 1783/2007 ; 28 de junio de 2011, RC n.º 1968/2007 ; 20 de julio de 2011, RC n.º 820/2008 ; 19 de septiembre de 2011, RC n.º 1232/2008 ; 27 de septiembre de 2011, RC n.º 562/2008 y 26 de octubre de 2011 , RCIP n.º 1345/2008 , entre las más recientes) las cuales, al referirse a la distinción entre sistema legal aplicable para la determinación del daño y cuantificación económica del mismo refrendan el criterio de que el daño queda concretado, como regla general, con el alta médica definitiva, y que esto obliga a valorarlo con arreglo a las cuantías actualizadas vigentes para todo el año en que ésta se produjo.

Ahora bien, compatible con dicha doctrina es también la que ha venido y viene considerando en la actualidad (SSTs de 11 de febrero de 2011, RC n.º 1418/2007 ; 20 de septiembre de 2011, RC n.º 792/2008 ; 22 de febrero de 2012 , RCIP n.º 522/2009 ; 25 de mayo de 2010, RC n.º 2036/2005 ; 26 de mayo de 2010, RC n.º 764/2006 , entre las más recientes) que si de las lesiones causadas por el hecho generador de la responsabilidad civil extracontractual que se reclama se derivan secuelas determinantes de incapacidad permanente, cuya fijación no se concreta en el momento del alta definitiva sino que se precisa una resolución posterior, el plazo anual de prescripción de dicha acción aquiliana no ha de comenzar a computarse hasta que no recaea resolución firme (ya sea en vía administrativa, si no se impugna, o en vía judicial, si fue necesario agotar esta para dilucidar definitivamente la contienda al respecto) concretando tal situación de invalidez, en el grado que corresponda, por ser entonces, y no en la fecha del alta, cuando el perjudicado tiene perfecto conocimiento del daño sufrido. En aplicación de este último criterio jurisprudencial, esta Sala ha declarado que si se ha seguido expediente para dirimir definitivamente cuáles han sido las consecuencias de repercusión de las lesiones en la capacidad laboral del trabajador o si el demandante no se hubiera conformado en su día con la resolución administrativa correspondiente sobre el grado de su incapacidad, el día inicial del plazo de prescripción es aquel en que se resuelva definitivamente la reclamación del perjudicado contra la decisión administrativa sobre el grado de su incapacidad, pues sólo entonces podrá detallar en su demanda civil el definitivo daño sufrido (SSTs de 22 de noviembre de 1999 , 21 de diciembre de 1999 , 22 de enero de 2003 , 13 de febrero de 2003 , 1 de febrero de 2006 , 20 de septiembre de 2006 ; 7 de febrero de 2007, RC n.º 1435/2000 ; 7 de octubre de 2009, RC n.º 1207/2005 ; 24 de mayo de 2010, RC n.º 644/2006 y 25 de mayo de 2010, RC n.º 2036/2005).

Esta doctrina es coherente con la que impone interpretar restrictivamente la prescripción, al no estar basada en principios de estricta justicia, sino de seguridad jurídica y de presunción de abandono del ejercicio del derecho (SSTs de 14 de marzo de 2007, RC n.º 262/2000 ; 6 de mayo de 2009, RC n.º 292/2005 ; y 24 de mayo de 2010, RC n.º 644/2006), y obedece, en atención al principio de indemnidad, a la necesidad de preservar el derecho del perjudicado a ser íntegramente resarcido en situaciones en que no ha podido hasta entonces conocer en su totalidad el alcance de su daño, por causas en modo alguno imputables a su persona o comportamiento (SSTs 2 de enero de 1991 , 6 de octubre de 1992 , 30 de noviembre de 1999 , 3 de marzo de 1998 , 12 de junio de 2009, RC n.º 2287/2004 y 25 de mayo de 2010, RC n.º 2036/2005).

B) La sentencia recurrida no se opone a dicha doctrina. Por el contrario, la tesis defendida por la parte recurrente solo se sostiene si se equipara la incidencia del alta médica respecto de la posibilidad de conocer definitivamente el daño ocasionado por el siniestro en orden a que pueda iniciarse el cómputo del plazo anual de prescripción, con los efectos del alta médica en cuanto a la concreción de los distintos tipos de daños personales, según tengan una incidencia temporal o permanente en la capacidad del perjudicado y como paso previo a su indemnización. Dicha equiparación no resulta admisible.



El perjuicio personal ocasionado por el accidente que se pretende indemnizar con arreglo al sistema comprende tanto el tiempo en que el perjudicado resultó temporalmente incapacitado por las lesiones sufridas -situación que se mantiene hasta que finaliza el tratamiento médico curativo y las lesiones se estabilizan, sin posibilidad de mejoría-, como, a partir de ese momento, las secuelas o lesiones permanentes, -en cuanto pérdida anatómica o funcional derivada del siniestro y no eliminada o corregida por el tratamiento-, entre las que se encuentra la situación de incapacidad permanente en sus diversos grados. De esto se sigue que, desde la perspectiva del cómputo del plazo de prescripción de la acción aquiliana, dicho plazo no comience a correr sino a partir del momento en que se concretó definitivamente el daño total, fisiológico y estético, que ha de ser objeto de resarcimiento económico, de forma que si las secuelas determinaron una situación de invalidez permanente, la fecha que ha de ser tomada en consideración no ha de ser la del siniestro ni la siquiera la del alta médica sino la fecha en que recayó resolución firme en el ámbito laboral dilucidando la contienda y concretando la referida invalidez. Ahora bien, el expresado criterio no tiene el alcance que se pretende ni es óbice para entender que, con independencia de que la acción no se encuentre prescrita hasta que no se concretó definitivamente el daño con la declaración de invalidez, una cosa son los daños derivados de la incapacidad transitoria, los cuales se agotaron al extinguirse esta situación, con el alta médica definitiva, y otra cosa distinta los daños derivados de la pérdida ocasionada por las secuelas, una vez que las lesiones se estabilizaron sin posibilidad de curación o mejoría. Ambos son conceptos distintos como resulta del propio sistema, que otorga un tratamiento diferente e independiente a unos y otros, en las respectivas tablas reguladoras de las indemnizaciones básicas por los conceptos de incapacidad temporal y permanente y de los respectivos factores de corrección. Y, precisamente, porque son conceptos distintos, para la concreción de los daños derivados de la incapacidad transitoria es suficiente el alta médica definitiva, que también determina las secuelas, sin que sea preciso esperar a conocer sus efectos de invalidez. Ese y no otro es el sentido de la jurisprudencia de esta Sala cuando declara que la cuantificación de los puntos que corresponden según el sistema de valoración aplicable en el momento del accidente debe efectuarse en el momento del alta definitiva, por ser cuando las secuelas del propio accidente han quedado determinadas. Lo relevante para resolver la presente controversia es que el alta médica definitiva tiene el valor de diferenciar unos y otros tipos de daños personales, con el fin de posibilitar su separada y adecuada indemnización con arreglo al sistema. Pero el hecho de que, en ocasiones, para la concreción de unos de esos daños, los permanentes, no resulte suficiente el alta médica y sea preciso una resolución ulterior que concrete sus efectos sobre la capacidad del perjudicado, solo trae consigo que el plazo de prescripción no comience a correr hasta que se fije definitivamente dicha invalidez; en ningún caso esa fijación ulterior de los efectos de las secuelas sobre la invalidez conlleva que sea posible postergar hasta entonces el momento de estabilización de las lesiones, o, lo que es lo mismo, prolongar hasta entonces el periodo de baja o incapacidad temporal.

De acuerdo con lo expuesto, desde el punto de vista jurídico, no se aprecia incorrección alguna en la decisión de la AP de extender el periodo de baja hasta la fecha en se acordó conceder al perjudicado el alta médica definitiva (15 de diciembre de 2005), pues en esa fecha se declara probado por la AP que las lesiones ya estaban estabilizadas, siendo irrelevante a tales efectos que las secuelas concretadas en ese instante determinasen ulteriormente el reconocimiento de una situación de invalidez permanente. Y desde el punto de vista fáctico, en la medida que su fijación en ese día concreto fue el resultado de la valoración de la prueba obrante, integrada al respecto por informes periciales contradictorios, dicha decisión, perteneciente al juicio fáctico, resulta ajena al recurso de casación. La cita del artículo 1902 CC vuelve a resultar improcedente por no constar mencionado en preparación.

OCTAVO.- *Enunciación del motivo cuarto de casación.*

«Cuarto. Al amparo de lo dispuesto en el art. 477.1 LEC, por infracción de las normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso. Todo ello en relación y concordancia con el art. 477.2.2.º LEC. Infracción del art. 1.2 y 3 del párrafo primero del Anexo de la Ley 30/1995, y de la jurisprudencia que lo interpreta, concretada en sentencias tales como STS 17 de abril de 2007 y 25 de febrero de 2009 ».

La desestimación del anterior motivo conlleva el rechazo de este último, pues en él se defiende, ahora con apoyo directo en la jurisprudencia de esta Sala fijada en SSTS de Pleno de 17 de abril de 2007 y posteriores, que el daño debió valorarse con arreglo a las cuantías del año 2006, por ser, a juicio de la parte recurrente, la fecha en que tuvo lugar la estabilización de las lesiones, cuando antes se ha dicho, en contra de lo postulado, que las lesiones se estabilizaron y, por tanto, que el periodo de baja finalizó, con el alta médica definitiva dictada el 12 de diciembre de 2005, dato que permite calificar de correcta la decisión de la AP de valorar económicamente los daños con arreglo a las cuantías vigentes para ese año 2005.

NOVENO.- *Desestimación del recurso y costas.*

Al no estar fundado ninguno de los motivos de casación formulados procede su desestimación y la íntegra del recurso.



De conformidad con el artículo 398.2 LEC , al desestimarse el recurso se hace expresa condena a la parte recurrente de las costas del mismo.

Por lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad conferida por el pueblo español.

FALLAMOS

1. Declaramos no haber lugar al recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. Hipolito contra la sentencia de 10 de junio de 2009, dictada en grado de apelación por la Sección 4.ª de la Audiencia Provincial de Baleares, rollo n.º 49/09 , dimanante del juicio ordinario n.º 1027/07, del Juzgado de Primera Instancia n.º 19 de Palma de Mallorca, cuyo fallo dice:

«Fallo:

»1) Desestimando el recurso de apelación interpuesto por el procurador D. Antonio Ramón Roig, en nombre y representación de D. Hipolito , contra la sentencia de fecha 1 de octubre de 2008 , dictada por el Ilmo. Sr. Magistrado del Juzgado de Primera Instancia n.º 19 de Palma, en los autos juicio ordinario de los que trae causa el presente rollo, debemos confirmarla y la confirmamos en todos sus extremos y pronunciamientos.

»2) Se imponen a la parte apelante las costas devengadas en esta alzada»

2. Declaramos que no ha lugar a casar la sentencia recurrida por los motivos de casación formulados, la cual se confirma con este alcance.

3. Declaramos que ha lugar a imponer las costas del recurso de casación a la parte recurrente.

Así por esta nuestra sentencia, que se insertará en la COLECCIÓN LEGISLATIVA pasándose al efecto las copias necesarias, lo pronunciamos, mandamos y firmamos Juan Antonio Xiol Rios. Jose Ramon Ferrandiz Gabriel. Antonio Salas Carceller Ignacio Sancho Gargallo. Rafael Gimeno-Bayon Cobos. Rubricado. PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior sentencia por el EXCMO. SR. D. Juan Antonio Xiol Rios, Ponente que ha sido en el trámite de los presentes autos, estando celebrando Audiencia Pública la Sala Primera del Tribunal Supremo, en el día de hoy; de lo que como Secretario de la misma, certifico.