

**Sentencia del Tribunal Supremo de 8 de Junio de 2011. Recurso 1067/2007.
Ponente: Juan Antonio Xiol Rios**

SENTENCIA

En la Villa de Madrid, a ocho de Junio de dos mil once.

Visto por la Sala Primera del Tribunal Supremo, integrada por los Magistrados indicados al margen, el recurso de casación n.º 1067/2007, que ante la misma pende de resolución, interpuesto por D.ª Mariana , aquí representada por la procuradora D.ª María del Mar Prat Rubio, contra la sentencia de 31 de julio de 2006, dictada en grado de apelación, rollo n.º 267/05, por la Sección 1.ª de la Audiencia Provincial de León , dimanante del juicio ordinario n.º 553/03, del Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de León . Es parte recurrida D. Victorino que ha comparecido representado por el procurador D. Javier Lorente Zurdo, así como la entidad Caser, Caja de Seguros y Reaseguros, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., que no ha comparecido.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de León dictó sentencia de 11 de febrero de 2006, en el juicio ordinario n.º 553/03 , cuyo fallo dice: «Fallo: »Que estimando parcialmente la demanda interpuesta por la procuradora de los tribunales D.ª Carmen de la Fuente González en nombre y representación de Mariana , actuando en nombre propio y como representante en su calidad de tutora de su esposo Ángel contra Victorino y la entidad Caser-Caja de Seguros y Reaseguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., debo declarar y declaro que los demandados deben de abonar a la demandante la cantidad global de un millón treinta y cuatro mil cuatrocientos veintinueve euros con seis céntimos de euro (1.034.429,06 #), de cuya cantidad el importe de 18.850 # lo es en concepto de perjuicios económicos que se concede a D.ª Mariana , correspondiéndose el resto a la indemnización que correspondería percibir a D. Ángel de conformidad con los conceptos especificados en el Fundamento de Derecho Tercero. »Asimismo, la entidad aseguradora Caser deberá hacer frente a cuantas facturas se devenguen como consecuencia de la atención médico-hospitalaria dispensada a D. Ángel en el Hospital "Valencia al Mar" o que en su caso se dispense en lo sucesivo, así como cuantos gastos médicos, hospitalarios, rehabilitadores, ortopédicos, farmacéuticos y similares se generen en lo sucesivo, debidamente acreditados. »Las cantidades líquidas a cuyo pago se condena a los demandados devengarán desde la fecha de esta sentencia y hasta su completo pago el interés legal, incrementado en dos puntos. »Téngase en cuenta en su caso y a los efectos procedentes las cantidades ya satisfechas por la entidad aseguradora demandada Caser. »No se hace declaración expresa en materia de costas».

SEGUNDO.- La sentencia contiene, en síntesis, los siguientes fundamentos de Derecho: »Primero. Doña Mariana , al margen de actuar en nombre propio, también lo hace en representación de su esposo Ángel , quien en virtud de sentencia de fecha de 30 de junio de 2001 dictada en el procedimiento de menor cuantía número 579/00 tramitado en el Juzgado de Primera Instancia número Cinco de los de Ponferrada , fue declarado legalmente incapaz para regir su persona y bienes, habiéndosele designado para desempeñar el cargo de tutora de su esposo a la aquí accionante en virtud de resolución de fecha de 9 de octubre de 2001 (procedimiento de tutela 395/01 del mismo Juzgado) y habiéndosele

finalmente concedido autorización a la designada tutora para promover la demanda que dio lugar al presente procedimiento en virtud de resolución de fecha de 23 de diciembre de 2002 –documento número 4 de la demanda-; y se basa la demanda en el accidente de circulación acaecido el día 28 de abril de 2001 y en el que se vio implicado el vehículo marca Mercedes-Benz, modelo 202-C-180, conducido por su propietario Victorino , demandado en la presente litis con la entidad aseguradora del mismo Caser, y en el que como ocupante iba el posteriormente declarado incapaz Ángel , hijo del conductor, resultando que el mencionado día, cuando el referido turismo circulaba por la A-66 (Onzonilla-Campomanes), término municipal de Rioseco de Tapia y a la altura del punto kilométrico 27,00 se salió de la carretera, dando varias vueltas de campana y despeñándose por un terraplén; a resultas del accidente, Ángel resultó con las lesiones que se detallan en el informe de sanidad emitido por el médico forense correspondiente y en el resto de la documentación de carácter médico aportada a las actuaciones y cuyo contenido se da por reproducido, habiendo sido declarado el perjudicado legalmente incapaz, tal y como por otra parte ya se ha reseñado con anterioridad, reclamando por los diferentes conceptos que se detallan en el Hecho Decimoquinto de la demanda (incapacidad temporal, secuelas y diversos factores de corrección, así como gastos médicos, farmacéuticos, ortopédicos y de rehabilitación). Por la entidad aseguradora codemandada Caser se opone, en primer lugar, que siendo el perjudicado D. Ángel hijo de quien tiene la condición de asegurado en la póliza en virtud de la cual se acciona y por lo tanto excluido de la consideración de tercero en la Modalidad Primera B) - Responsabilidad Civil de Suscripción Obligatoria, la obligación de la entidad aseguradora Caser sólo alcanzaría hasta el límite del aseguramiento obligatorio que en la fecha en la que se produce el accidente estaba en la cantidad de 56.000.000 de pesetas o 336.566,78 # y como quiera que ya se ha abonado la cantidad de 393.113,31 #, nada se adeudaría, considerando en todo caso que nos encontramos ante una cláusula delimitadora de la cobertura de la póliza, destacada y aceptada por el tomador-asegurado; de forma subsidiaria, se viene a discrepar parcialmente en cuanto a las cantidades que se peticionan por los diferentes conceptos, tal y como se detalla y fundamenta en el Hecho Tercero del escrito de contestación a la demanda y que se da por reproducido. »Segundo. Se trata, pues, de determinar inicialmente si la cláusula contenida en las condiciones generales del contrato de seguro de responsabilidad civil suscrito entre la entidad Caser, como aseguradora, y Victorino , como tomador- asegurado y que por exclusión determina quiénes ostentan la condición de terceros a los efectos de tal seguro ha de merecer la consideración de delimitadora del riesgo asegurado (como mantiene la entidad) o de limitativa de los derechos del asegurado, por lo que de mantener la posición de la que la aseguradora participa no le alcanzaría la exigencia legal de aceptación expresa y específica y consecuentemente la aseguradora no sería responsable más allá de la cantidad cubierta hasta el límite del aseguramiento obligatorio; en otras palabras, se trata de determinar si las cláusulas delimitadoras del riesgo forman o no parte de las limitativas de derechos sometidas por consiguiente a su régimen jurídico que no es otro que el requisito de doble firma, la primera relativa al contrato de seguro globalmente considerado y la segunda específicamente para las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado; no siempre se ha mantenido una línea definida, entendiéndose algún sector doctrinal la posibilidad de diferenciarlas, sin perjuicio de asimilar las unas a las otras cuando restrinjan, en forma no frecuente o inusual el riesgo. La cierto es que salvo alguna sentencia que parece diferenciarlas, la mayoritaria jurisprudencia del Alto Tribunal entiendo que la descripción y definición del riesgo y sus posibles exclusiones constituyen una

limitación del derecho de los asegurados y, en consecuencia, debe aceptarse específicamente por escrito. En este último sentido se han pronunciado las sentencias de fecha de 29 de enero de 1996, de 21 de mayo del mismo año, o de 9 de febrero de 1994, afirmando la de 22 de enero de 1999 que "... decir que la delimitación del riesgo no es un cláusula limitativa no tiene sentido, pues la cláusula repercute en el derecho del asegurado, en cuanto es excluyente del riesgo. No se trata por tanto de una hermenéutica restrictiva, sino de una efectiva exigencia de la Ley para constatar el contenido contractual..." A todo ello se añade la circunstancia de que en este caso no puede estimarse que la invocada se trate propiamente de una cláusula delimitadora del riesgo dado que su finalidad no es ni definir el riesgo cubierto por la garantía de "responsabilidad civil de suscripción voluntaria" pactada en las condiciones particulares, ni tampoco señalar el específico ámbito de cobertura de tal modalidad de seguros ya delimitada en la citadas condiciones particulares, sino por el contrario y partiendo del aseguramiento del riesgo de que se trata, rechazar su cobertura en el supuesto específico que contempla, de ahí que en este caso no exista duda alguna de la aplicación a la misma de los requisitos exigidos en el artículo 3 de la Ley del Contrato de Seguro, aquí no concurrentes, desde el momento en que ni está destacada especialmente en el condicionado general, ni, lo que es determinante, está aceptada por escrito, ni siquiera por referencia específica a la misma, rechazándose esta primera causa de oposición mostrada por la entidad aseguradora Caser. A mayor abundamiento, la interpretación que se hace concuerda con el contenido del artículo 1288 del Código Civil, desde el momento en que tratándose el contrato de seguro de un típico contrato de adhesión, la oscuridad o si se quiere en este caso, la contradicción de la citada condición general (de exclusión del perjudicado en el ámbito de la cobertura) con la particular que contempla precisamente como objeto de cobertura garantizada el aseguramiento voluntario, siempre habría de resolverse dando prioridad a ésta última. »Tercero. En cuanto a la reclamación cuantitativa llevada a cabo, debe desglosarse en los distintos conceptos por los que se reclama: A) Incapacidad Temporal - Ninguna consideración cabe hacer al haber mostrado conformidad la entidad aseguradora con la cantidad reclamada por este concepto, peticionándose el importe de 38.197,2 # por los 695 días de hospitalización y a razón de 54,96 # por día. B) Factor corrector aplicable a la incapacidad temporal - Se reclama la cantidad de 3.819,72 # como consecuencia de considerar un índice corrector del 10% en consideración a los ingresos del perjudicado, oponiéndose la entidad aseguradora Caser sobre la base de estimar que no procede índice corrector alguno de conformidad con lo establecido en la sentencia 181/00 del Tribunal Constitucional; cierto es que se ha suscitado gran controversia sobre la aplicación o no de este factor corrector, dudas disipadas por sentencias del propio TC que con posterioridad a la sentencia 181/00, de 29 de junio, han aplicado la doctrina en aquélla elaborada (sentencias 241/2000 o 9/2002, entre otras), habiendo señalado la sentencia de la Sala 2.^a del TS de fecha de 16 de abril de 2001 que "... la declaración de inconstitucionalidad se limita a los términos expresados en su Fundamento de Derecho 2.^o, esto es, que no se lleva a cabo de forma absoluta e incondicionada, sino sólo en cuanto que tales indemnizaciones tasadas deban de ser aplicadas a aquellos supuestos en los que el daño a las personas, dimanante de la incapacidad temporal, tenga su exclusiva causa en una culpa relevante y en su caso judicialmente declarada, imputable al agente causante del hecho lesivo"; en consecuencia, y tal y como se señala por la Audiencia Provincial de Madrid, Sección 17.^a en su sentencia de fecha de 27 de febrero de 2002, "... el controvertido pronunciamiento del TC ha de interpretarse entendiendo que el

sentido del fallo es abrir la posibilidad de acreditación y consiguiente obtención del lucro cesante cuando exceda de aquel mínimo", y, consecuentemente, en el caso analizado acreditado que la víctima se encontraba en edad laboral y los ingresos económicos que por ello percibía, procede acceder a esta segunda petición, significándose, a mayor abundamiento, que sobre la cuestión analizada se ha pronunciado la Audiencia Provincial de León (Sección 3.ª) en sentencia de fecha de 5 de enero de 2005 . C) Indemnización por lesiones permanentes - En este punto debe de estarse a lo que se establece en el informe de sanidad que señala que en consideración a que la situación del perjudicado no llega a ser de coma vigil, pero sí que es peor que el de la tetraparesia grave, valora las secuelas y la situación en la que definitiva ha quedado D. Ángel con una puntuación de 85 puntos, a los que cabe añadir un perjuicio estético calificable como medio-importante, fundamentalmente debido a la repercusión estética de su situación neuromotriz; en cuanto al perjuicio estético, evidentemente existe, rechazando en este punto las consideraciones que hace la entidad aseguradora en justificación de una hipotética inexistencia de tal perjuicio sobre la base de la situación del lesionado y debiendo de rebajarse en este punto ligeramente la valoración que se hace por la parte actora en la medida de que calificando el médico forense el perjuicio estético como medio-importante, categorías ambas contempladas en el baremo (puntuado entre 8-10 el perjuicio considerado como medio y de 11-14 el considerado como importante), parece lógico no admitir la valoración reclamada por la parte demandante (que sería el máximo del perjuicio considerado "importante") y sí conceder la puntuación mínima de esta consideración de "importante" al calificarse también como "medio" en el informe de sanidad que se tiene en cuenta a estos efectos; en consecuencia, la cantidad procedente por secuelas es la de 227.296,48 # que resultan de multiplicar la cantidad de 2.367,67 # en que se valora el punto en atención a la edad del perjudicado por los 96 puntos con que se valoran las secuelas (85 por lesiones permanentes propiamente dichas más 11 puntos de perjuicio estético). D) Factores de corrección aplicables a las lesiones permanentes - Se conceden en este apartado: 1.º El porcentaje del 10% sobre la cantidad anterior, es decir, el importe de 22.729,65 #. 2.º Daños morales complementarios – Ciertamente es que del informe de sanidad se desprende una valoración conjunta y global de 85 puntos en base a las consideraciones que se hacen en el apartado de "secuelas", pero también lo es que parece desprenderse de las manifestaciones que realiza para llegar a tal puntuación, que siendo susceptible de desglosarse la secuela que dicho profesional considera y valora en esa puntuación de 85 puntos en diversos conceptos que se corresponderían con las diferentes funciones perdidas por el lesionado, la puntuación sería susceptible de incrementarse y claramente rebasaría la puntuación de 90 puntos que es lo que determina la procedencia de la aplicación de este factor corrector, siendo ilustrativo a estos efectos el contenido de los informes médicos aportados con el escrito de demanda; por ello se entiende claramente concurrente este factor corrector, concediendo por el mismo la cantidad de 70.000 #. 3.º Incapacidad permanente absoluta, claramente concurrente y por el que se concede la cantidad máxima de 146.650,49 #, concepto plenamente compatible con los demás factores correctores cuya aplicación se solicita, enmarcados dentro del factor definido como "Grandes Inválidos", y en concreto, los siguientes: A) Necesidad de ayuda de otra persona. B) Adecuación de la vivienda y, C) Perjuicios morales de familiares. En cuanto a la compatibilidad de la petición por Incapacidad Permanente Absoluta y Gran Invalidez, la misma es clara, incurriendo en error la entidad codemandada Caser al considerar que no puede peticionarse por ambos conceptos; es perfectamente posible que una persona esté afectada de una situación de incapacidad permanente

la categoría de absoluta y no tener la consideración de gran invalidez a los efectos contemplados en el baremo por no precisar de la ayuda de terceros o no necesitar adecuar la vivienda o el vehículo, en su caso y aunque se queda vedada la posibilidad de pedir indemnización por más de una de las categorías anteriores (o se tiene reconocida una incapacidad permanente total o parcial o absoluta), sí es compatible la incapacidad permanente absoluta (quizás también en algún caso la total) con la situación de gran invalidez a los efectos de reconocerse como factor corrector alguna de las situaciones contempladas (ayuda de tercero, vivienda, daños morales o vehículo); en resumidas cuentas, la situación de gran invalidez a los efectos aquí regulados es compatible con el factor corrector referido a la incapacidad, de forma que en ocasiones se dará únicamente aquél, pero en otros (como ocurre en el caso analizado) pueden contemplarse la totalidad -o algunas- de las situaciones incluidas dentro del factor "gran inválido" como independientes de la situación de incapacidad permanente absoluta de que esté afecto una persona; en consecuencia, y por los conceptos encuadrados dentro del factor descrito como "Grandes Inválidos", se conceden las siguientes cantidades en atención a lo que ha quedado probado en el procedimiento: 1.º Por la necesidad de ayuda de otra persona el importe máximo contemplado en el baremo de 293.300,99 €. 2.º Por adecuación de la vivienda la cantidad de 19.232,39 € por así desprenderse del documento aportado con el escrito de demanda como número 22 y acreditarse con el mismo que se adquirió un chalet en la CALLE000 , NUM000 de la localidad de Ponferrada en el que hubo de hacerse algunas modificaciones para adaptarlo a la situación de Ángel , acreditándose que las modificaciones introducidas con tal finalidad ascendieron al importe que se concede de 3.200.000 pesetas o su equivalente de 19.232,39 €, resultando que la compra del chalet -17 de enero de 2001- ya se había consumado antes del accidente -que acaeció en fecha de 28 de abril siguiente-. 3.º Por perjuicios morales de familiares la cantidad de 109.987,87 €, siendo obvio que no se da la prescripción alegada por la parte codemandada Caser. 4.º Por adecuación del propio vehículo se opta por conceder la cantidad de 15.000 €; en este punto, se aporta como documento número 25 de la demanda la factura de adquisición de un vehículo marca Kia, modelo Carnaval EX, adaptado a la situación del lesionado, habiéndose abonado por el mismo la cantidad de 30.535,15 €; el factor corrector contempla no la adquisición de un nuevo vehículo, sino la adecuación del vehículo propio; no se descarta que efectivamente no fuera posible adaptar a la nueva situación el vehículo que utilizaba el perjudicado antes del accidente, sin que tampoco se determine cuál ha sido el destino del mismo (si se vendió, si se negoció con él la adquisición del nuevo vehículo, etc.), pero lo cierto es que no parece justo conceder la totalidad de la cantidad contemplada en el baremo por este concepto de adecuación cuando lo que se ha adquirido es uno nuevo en el que además se contempla como una de las partidas la de disponer de asiento giratorio, indudablemente en atención a las necesidades de Ángel , partida que se cuantifica en el importe de 4.207,08 €; en consecuencia, y siendo razonable que fuera preciso comprar otro vehículo, puede concederse por este concepto la cantidad de 15.000 €, cantidad más o menos intermedia entre el coste del coche y al máximo que por este factor se contempla en el baremo. 5.º Por gastos hospitalarios, médicos, rehabilitadores, farmacéuticos y ortopédicos la cantidad que se reclama de 69.464,27 € -61.300,82 € + 600 € +7.563,45 €-; se reclama asimismo la cantidad de 5.204,73 € mensuales como consecuencia de la atención hospitalaria recibida por el lesionado en su domicilio durante tres horas, importe que carece de la necesaria acreditación y aunque es cierto que tampoco se da la duplicidad que esgrime la entidad aseguradora al considerar que esta partida estaría incluida en el factor corrector definido como "necesidad de ayuda de

tercera persona" que en principio no tiene que ver con la atención médica y hospitalaria que se precise, la misma obviamente estará supeditada a la concreta acreditación del devengo de los gastos que en su caso se deriven de la atención médica y hospitalaria que necesite el lesionado, sin que quepa conceder una cantidad líquida como se solicita por la parte actora cuando la misma no está debidamente probada, pudiendo añadirse que iguales consideraciones cabe hacer respecto de la petición que se hace al punto C-1 del Hecho Decimoquinto del escrito de demanda, sin perjuicio de la obligación del pago que corresponde a la entidad aseguradora de afrontar cuantas facturas correspondientes a gastos médicos, hospitalarios, de rehabilitación y similares se devenguen en lo sucesivo y tengan su origen en el accidente enjuiciado. 6.º Finalmente, procede conceder la cantidad que por la esposa del perjudicado Doña Mariana se reclama en concepto de perjuicios económicos efectivamente causados la cantidad 18.750 #, importe que se considera adecuado, ponderado y moderado en función de la razón de su petición; finalmente, no ha lugar a la concesión de cantidad alguna en el concepto de invalideces concurrentes por cuanto no se acredita la existencia de situación que determine la procedencia de la misma. »Cuarto. En materia de intereses ha de estarse a lo establecido en el artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil . »Quinto. Estimándose parcialmente la demanda, no se hace expreso pronunciamiento en materia de costas, de conformidad con lo establecido en el artículo 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil »

TERCERO.- La Sección 1.ª de la Audiencia Provincial de León, dictó sentencia de 31 de julio de 2006, en el rollo de apelación n.º 267/05 , cuyo fallo dice: «Fallamos »Que estimando en parte los recursos de apelación interpuestos por la representación procesal de los codemandados Caser Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. y Victorino , y estimando también parcialmente el recurso interpuesto por la representación de Mariana , con revocación parcial de la sentencia de instancia se modifica el Fallo de la misma que será sustituido por el siguiente: »Que estimando parcialmente la demanda rectora, debemos condenar y condenamos con carácter solidario a los codemandados Victorino y compañía aseguradora Caser, a que, por los conceptos reclamados abonen a la demandante en calidad de tutora de su esposo Ángel , la cantidad de 806.326,55 # (ochocientos seis mil trescientos veintiséis euros con cincuenta y cinco céntimos), descontando de dicha cantidad lo que le haya ya satisfecho la entidad aseguradora Caser, a la que se condena también a abonarle el interés previsto en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro en cuanto a la cantidad máxima cubierta por el seguro obligatorio, desde el 27 de abril de 2000 hasta el 14 de marzo de 2002, aplicándose a lo demás el interés legal previsto en el art. 576 de la LEC , y sin hacer expresa imposición de las costas causadas en ambas instancias».

CUARTO.- La sentencia contiene los fundamentos de Derecho siguientes:
»Primero. Contra la sentencia de instancia que estimó en parte la demanda se interpone recurso de apelación por la representación de la entidad aseguradora codemandada, invocando un primer motivo en el que solicita la íntegra desestimación de la demanda por entender que en la póliza suscrita con el codemandado se establecía una causa de exclusión al señalar que "quedaban excluidos de las condiciones de terceras, el cónyuge y los ascendientes y descendientes". Y dándose la circunstancia de que el accidentado, Ángel , es hijo del tomador del seguro y conductor, entiende el recurrente que estamos ante una cláusula delimitadora del riesgo y no ante una cláusula limitativa de los derechos del asegurado por lo que, dando por reproducido en el recurso el hecho segundo

de la contestación a la demanda, considera que la aseguradora apelante solo está obligada hasta el límite del seguro obligatorio que ya ha sido pagado, pero no lo que resulta del seguro voluntario. »Pero tal alegación, como ya razonó el Juzgador "a quo" no puede merecer favorable acogida por que, sin olvidar que hay resoluciones judiciales contradictorias en este sentido, la Sala se inclina por seguir el criterio judicial mayoritario recogido, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo de 24 de febrero de 1997 , y las que en ella se citan, que sostienen que "la descripción o delimitación del riesgo asegurado, constituye una efectiva limitación de los derechos del asegurado" por lo que tal cláusula debió de ser también aceptada expresamente y de manera destacada, lo que no sucedió en el caso enjuiciado, en el que, además, el hijo accidentado estaba casado y vivía con independencia de sus padres. Así lo ha entendido esta misma Sala en la reciente sentencia de 3 de julio de 2006 al resolver un supuesto análogo, por cuyas razones es procedente desestimar este motivo. »Segundo. En el segundo motivo, solicita el apelante la supresión de la indemnización fijada en la sentencia "por daños morales compensatorios" por entender que para tener derecho a esta indemnización, es necesario, tal como se establece en el Baremo, que exista una secuela que alcance 75 puntos o que las concurrentes superen los 90 puntos, cuando la puntuación fijada por el médico forense es de 85 punto. Pero olvida el recurrente que el accidentado, además de los 85 puntos por secuelas, tiene también reconocidos 11 puntos por perjuicio estético, los que la han de ser también computados de acuerdo con la Tabla IV de la Ley 30/85 , vigente en la fecha del accidente, y que claramente establece que "si además de las secuelas permanentes existe perjuicio estético, los puntos por este concepto se sumarán aritméticamente a los de las incapacidades", con lo cual es obvio, que se superan los 90 puntos que dan derecho a percibir el indicado factor de corrección, debiendo desestimarse también esta alegación. »Tercero. En la alegación tercera del recurso se combate el hecho de que en la sentencia de instancia se le reconoce al accidentado el factor de corrección fijado para la incapacidad permanente absoluta, en cuantía 146.650,49 # y además el correspondiente a la gran invalidez con necesidad de ayuda de otra persona, en cuantía de 293.300,99 #, por entender el recurrente que no se le pueden conceder los dos factores de corrección al mismo tiempo, pues solo debe reconocérsele el correspondiente a la gran invalidez. Y tal alegación debe ser acogida, pues sin desconocer que en esta Audiencia Provincial se ha seguido en algún caso la tesis contraria a la que aquí se sostiene, esta Sala considera ahora que el criterio más ajustado a derecho es el de no admitir la compatibilidad entre las dos situaciones indicadas porque el baremo en la Tabla IV fija individual y separadamente el factor de corrección correspondiente a cada uno de los grados de invalidez permanente, parcial, total, absoluta y gran invalidez con ayuda de otra persona, de manera que sólo se debe aplicar aquélla que se corresponda con la situación del accidentado en la cuantía señalada para cada una. Y es evidente que en este caso la situación legal y física del accidentado es la de gran inválido con necesidad de ayuda de otra persona y en consecuencia sólo le puede corresponder percibir el factor de corrección establecido en el baremo para esta situación cuya cuantía es, además, muy superior al establecido para la incapacidad permanente absoluta, por lo que es evidente que si se reconociera al mismo tiempo, como hizo el Juzgador "a quo", el factor de corrección por la invalidez permanente absoluta y por la gran invalidez habría una duplicidad indebida del mismo no establecida en el baremo y resultaría una cuantía notoriamente superior a la que éste establece para la situación en que se encuentra el accidentado. Por ello, es procedente estimar esta alegación con revocación de la sentencia de instancia en esta parte y dejando sin efecto el factor

de corrección correspondiente a la invalidez permanente absoluta que se le reconoció en dicha resolución. »Cuarto. Se pide también en el recurso la eliminación de la cantidad reconocida en la sentencia en concepto de perjuicios morales a familiares. Pero tal pretensión no puede alcanzar el éxito pretendido porque este concepto está expresamente reconocido en el Baremo en atención a la alteración que el accidente produjo en la esposa actora en la vida y en la convivencia, derivada de los cuidados continuados, sin que haya base alguna para poder apreciar en este punto la prescripción que se invoca por el recurrente, que no se entiende muy bien en qué la funda, al no señalar razones, plazos o preceptos legales en los que pudiera apoyarse la prescripción invocada. »Quinto. En este motivo pretende el recurrente suprimir también los gastos médicos, farmacéuticos, hospitalarios y rehabilitadores que por importe de 69.464,27 \$ le fueron reconocidos en la sentencia. Pero esta alegación ha de correr la misma suerte adversa que la anterior, pues si bien la Sala entiende que tales gastos no son debidos si son posteriores a la fecha del informe de sanidad del médico forense cuando las lesiones ya tienen carácter permanente teniendo en cuenta que no consta en autos ni se señala en el recurso la fecha en que tales gastos se originaron, esa duda ha de resolverse a favor del lesionado, máxime cuando como reconoce el propio recurrente -folio 923- según los doctores Hipólito y Obdulio tales gastos están justificados y guardan relación con el accidente sin que este Tribunal considere que dichos gastos están incluidos en el concepto de "grandes inválidos: necesidad de tercera persona", por lo que debe mantenerse en este punto la declaración judicial de instancia. »Se combate también en la segunda parte de esta alegación la declaración contenida de manera general en la sentencia recurrida y en el Fallo de la misma en el sentido de condenar a la entidad aseguradora demandada a hacer frente "a cuantas facturas se devenguen como consecuencia de la actuación médico-hospitalaria dispensada a Ángel en el Hospital de Valencia del Mar o que en su caso se dispense en lo sucesivo, así como cuantos gastos médicos, hospitalarios, rehabilitadores, ortopédicos, farmacéuticos y similares se generen en lo sucesivo, debidamente acreditados". Y la pretensión del apelante merece favorable acogida, pues habiendo quedado fijadas las secuelas en el informe médico-forense con carácter definitivo, es evidente que cualquier agravación o alteración posterior constituya una mera posibilidad al no tratarse de un perjuicio real y cierto, de manera que no se pueden incluir en un fallo condenatorio eventos que dependan de hechos futuros, inciertos o hipotéticos que no se sabe si llegarán o no a producirse, bien entendido que, en el caso de que fuera necesario y estuviera justificado el internamiento o el gasto médico y éste tuviera relación con el accidente, ello podría dar lugar al ejercicio de las oportunas acciones tendentes a su reclamación, sin que a tales pretensiones se pueda oponer la excepción de cosa juzgada material negativa desde esta sentencia, porque escapan al objeto actual de enjuiciamiento. A todo ello hay que añadir que el art. 12.1.c del Reglamento sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor, aprobado por Real Decreto de 12 de enero de 2001, dispone, en relación con el seguro obligatorio y que podría aplicarse por analogía al seguro voluntario, que los gastos por asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria, se abonarán en la cuantía necesaria "hasta la sanación o consolidación de secuelas" y resulta que en el caso de autos, según el informe del médico forense y de Don Obdulio y Lucas Villanueva que informaron en el juicio, "las lesiones del accidentado se encuentran estabilizadas y tienen carácter permanente". Con ello, deberá estimarse este motivo y revocar también la sentencia de instancia en esta parte.

»Sexto. Por último, se alega por el apelante que las indemnizaciones fijadas por el Juzgador "a quo" de acuerdo con el baremo vigente en 2003, deberán de fijarse aplicando el baremo que estuviera en vigor en la fecha del accidente que tuvo lugar el 27 de abril de 2000 (aunque en el recurso, indudablemente por error se haga referencia al de 2001). Y la Sala comparte en este punto la tesis del recurrente porque nuestro ordenamiento se inspira en el principio "tempus regit actum" y la norma aplicada por el Juzgador "a quo" que fijó el baremo para 2003 no contiene ninguna disposición que permita su aplicación retroactiva por lo que ha de estarse a lo dispuesto en el art. 2.3 del Código Civil de manera que en el caso enjuiciado debe aplicarse el baremo vigente en la fecha del siniestro, que tuvo lugar el 24 de abril de 2000, fijando las indemnizaciones que procedan de acuerdo con el baremo establecido por resolución de 2 de marzo de 2000 (BOE de 24 de marzo), aunque la determinación del "quantum indemnizatorio" se lleve a cabo con posterioridad. Así lo tiene declarado la Sala 2.^a del Tribunal Supremo en sentencia de 5 de marzo de 2003, así como las Audiencias Provinciales de Valencia, en la de 4 de diciembre de 2001, la de Asturias en la de 5 de abril de 2004; la de Barcelona en la de 13 de abril de 2004 y esta Audiencia Provincial de León en las de 4 de febrero y 30 de junio de 2005 entre otras muchas. Por ello resulta procedente estimar el motivo y rebajar las indemnizaciones señaladas en la sentencia recurrida en la cantidad que proceda por aplicación del baremo del año 2000, fijándose en consecuencia las siguientes indemnizaciones (siguiéndose el orden establecido en el Fundamento de Derecho 3.^o de la sentencia de instancia):

»1.- Incapacidad temporal.- Por 695 días de hospitalización a razón de 40,20 euros por día, 27.939 #. »2.- Factor de corrección aplicable a dicha incapacidad temporal con un índice corrector del 10 %, 2.739,90 #. »3.- Indemnización por lesiones permanentes.- Son 96 puntos a 2.131,50 cada punto, 204.624 #. »4.- Factor de corrección aplicable a las lesiones permanentes: »Porcentaje del 10% de la cantidad anterior; 20.462,40 #. a) Por daños morales complementarios, 65.000 #.

b) Por incapacidad permanente absoluta, y por las razones expuestas en el Fundamento de Derecho Tercero de esta resolución, no procede reconocer cantidad alguna por este concepto. d) Por gran inválido, necesidad de ayuda de otra persona, 264.000 #. e) Por adecuación de la vivienda, 19.232,39 #. »f) Por perjuicios morales de familiares, 99.016,52 #. »g) Por adecuación de vehículo, la cantidad señalada en la sentencia, 15.000 #. »h) Por gastos hospitalarios, médicos, rehabilitadores, farmacéuticos y ortopédicos, 69.464,27 #, cuantía fijada también en la instancia. »i) Por perjuicios económicos a la esposa del accidentado, 18.750 #, igual cuantía. »En consecuencia el total de indemnizaciones reconocido al estimar parcialmente este recurso, asciende a la cantidad de 806.326,55 # de la que hay que descontar las cantidades ya satisfechas por la aseguradora.

»Séptimo. Se interpone también recurso de apelación contra la sentencia de instancia por la representación procesal de la parte actora, alegando un primer motivo en el que muestra su disconformidad con la cantidad que le fue reconocida en concepto de adecuación de vivienda, solicitando en la demanda y en el recurso la cantidad de 73.325,25 #, pero sin que tal pretensión pueda alcanzar éxito ya que, con independencia de la fecha en que la demandante haya comprado su chalet, es lo cierto que lo que costó la adecuación de dicha vivienda según factura obrante al folio 693 de los autos, es la cantidad de 3.200.000 pesetas, es decir, los 19.232,398 # que el Juzgador "a quo" le reconoció y que, además se aproxima al tope máximo que la Tabla IV del Baremo aplicable fija por este concepto, por cuyas razones procede desestimar este motivo. »En su segundo motivo, solicita le sea reconocido el factor de corrección por la concurrencia de invalideces, por entender que el accidentado tiene incapacidad para andar, para comunicarse

verbalmente, para controlar esfínteres, para valerse por sí mismo etc., pero tampoco esta petición puede prosperar porque no hay, en sentido legal concurrencia de invalideces, sino de limitaciones orgánicas o funcionales que originan un solo grado de invalidez, la gran invalidez con necesidad de ayuda de tercera persona que tiene ya reconocida y cuyo factor de corrección que engloba todas esas limitaciones, ya le ha sido también reconocido.

»Octavo. La parte demandante interpone un tercer motivo en el que solicita se imponga a la compañía aseguradora demandada los intereses previsto en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro, y esta alegación sí ha de ser acogida aunque solo en parte, pues es evidente la responsabilidad de la aseguradora demandada en relación con el montante cubierto por el seguro obligatorio, cuyo importe debió de consignar en el plazo de tres meses a contar desde la fecha del accidente ocurrido el 27 de abril de 2000, y no lo hizo hasta el 14 de marzo de 2002 en que consignó 393.113,31 #, por lo que resulta claro la obligación de dicha entidad aseguradora de abonar los citados intereses del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde el 27 abril de 2000 hasta el 14 de marzo de 2002, sin que proceda el abono de los intereses previstos en el indicado precepto en relación con las cantidades cubiertas por el seguro voluntario pues al haber alegado la demandada una causa de exclusión del riesgo, no se sabía hasta dictarse la sentencia si existía o no la obligación de pago ni la cantidad líquida a abonar, por lo que el hecho de no consignarse estas posibles cantidades por parte de la compañía aseguradora está justificada y le será sólo de aplicación el interés legal previsto en el art. 576 de la LEC, debiendo por ello ser estimado este motivo en el sentido señalado. »Noveno. Finalmente el codemandado Victorino impugna también la sentencia de instancia en el único sentido de adherirse al recurso de apelación interpuesto por la aseguradora Caser en sus alegaciones segunda, tercera, cuarta y sexta, por lo que nos remitimos a los argumentos ya invocados al resolver dicho recurso para evitar repeticiones innecesarias. »Décimo. En cuanto a las costas al estimarse parcialmente la demanda y los recursos interpuestos por ambas partes, de acuerdo con lo dispuesto en los arts. 394 y 398 de la LEC, no procede hacer expresa imposición de las costas causadas en ambas instancias».

QUINTO.- El escrito de interposición del recurso de casación presentado por la representación procesal de D.^a Mariana, parte actora y apelante, se ampara en el artículo 477.2.2º LEC y se articula a través de un único motivo. El citado motivo denuncia en realidad cuatro infracciones. La primera de ellas se introduce con el siguiente tenor: «Primera. En el fundamento de derecho tercero de la sentencia se produce una infracción legal por interpretación errónea de lo dispuesto en el baremo de valoración de daños, tabla IV (en los que se refiere al factor de corrección por incapacidad absoluta y por gran inválido) y del anexo de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro de la circulación de vehículos a motor, según redacción dada por la disposición adicional octava de la Ley 30/95, de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, en relación con lo dispuesto en el segundo inciso del apartado 1º-7 de dicho anexo, en cuanto establece el principio de la total indemnidad de daños». Esta infracción se funda, en síntesis, en lo siguiente: El Juzgado accedió a indemnizar por factor corrección de invalidez absoluta y gran inválido, al considerar que se trata de factores compatibles, mientras que la AP revocó ese pronunciamiento al considerar lo contrario: su incompatibilidad. Se defiende su compatibilidad por cuanto: -la tabla IV, que recoge los factores correctores de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes, contempla como factores distintos y compatibles el de incapacidad para la ocupación o actividad de la víctima (a su vez dividido, según se trate de una incapacidad permanente total, parcial o absoluta) y el de gran

invalidez. Este último factor, reservado a grandes inválidos, no tiene asignada ningún tipo de indemnización, sino que sirve de categoría genérica a los tres conceptos base a los cuales sí se asigna indemnización.

-la tabla IV no existe ningún otro factor de corrección que contemple expresamente la indemnización por gran invalidez.

-los factores correctores por incapacidades y grandes inválidos indemnizan daños diferentes.

-si la gran invalidez comportase una pérdida de capacidad, no se entiende que el legislador no la haya contemplado en sí misma, como factor de corrección dentro del apartado de incapacidades (que solo contempla la total, la parcial y la absoluta), y que solo la establezca como título genérico para determinar otros factores de corrección (ayuda de tercera persona, adecuación de vivienda, vehículo, etc.).

-el factor corrector referido a incapacidades indemniza la pérdida de capacidad para la actividad u ocupación habitual, mientras el referido a grandes inválidos indemniza los gastos que se puedan originar al gran inválido, derivados de su incapacidad pero no indemnizados por aquel en cuanto no ligados a la pérdida misma de capacidad. De seguirse la interpretación de la AP, resulta que el lesionado solo sería indemnizado por su necesidad de ayuda de tercera persona y por su necesidad de adecuar su vivienda, pero no por su incapacidad. En la legislación social, una persona con gran invalidez percibe, además de esa pensión por la ayuda de otra persona, la pensión que le corresponde por su incapacidad.

En consecuencia, la AP incurrió en la infracción que se denuncia al considerar incompatible la indemnización por factor corrector de ayuda de tercera persona y de invalidez absoluta, y conceder por esta última, únicamente la cantidad que se había fijado en la sentencia de instancia por importe 146 650,49 euros.

La infracción segunda se introduce con la fórmula:

«Segunda. En el fundamento quinto de la sentencia se produce una infracción por interpretación errónea de lo dispuesto en el segundo inciso del apartado 1º-6 en relación con el 1º- 7 del baremo de valoración de daños, de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, según redacción dada por la disposición adicional octava de la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, en cuanto establecen que se indemnizarán los gastos de asistencia médica y hospitalaria y el principio de total indemnidad de daños e infracción por una aplicación indebida del art. 12-1.c del Reglamento sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de vehículos de motor, aprobado por Real Decreto de 12 de enero de 2001 ». Esta infracción se funda, en síntesis, en lo siguiente: En la demanda se solicitó la indemnización de los gastos médicos, hospitalarios y de rehabilitación, que se producen diariamente aun cuando las secuelas ya quedaron determinadas. La AP estimó el recurso de la aseguradora en el sentido de entender que, una vez fijadas las secuelas en el informe médico forense, con carácter definitivo, la posterior agravación o alteración constituyen una mera posibilidad al no tratarse de un perjuicio real y cierto, y se apoya en el artículo 1.2 RRCSCVM , que limitaba el abono de los gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos al momento de la curación o consolidación de las secuelas. La AP rechaza su abono con base a dos argumentos: a) que los perjuicios no son reales ni efectivos y, b) por aplicación analógica de lo previsto en materia de seguro obligatorio al voluntario. En cuanto a la segunda argumentación, no es admisible, porque el RRCSCVM no estaba en vigor a fecha del accidente (abril de 2000), y además, porque en todo caso lo que regiría para el seguro obligatorio no puede aplicarse en un caso de seguro voluntario, de carácter ilimitado, además de que el artículo 1.6 del Anexo

incorporado a la LRCSCVM, según redacción vigente a fecha del siniestro, no hacía limitación temporal en cuanto a la indemnización de los gastos de asistencia médica y hospitalaria. En cuanto a la primera argumentación, los perjuicios son reales y ciertos, pues ninguna parte niega que el lesionado debe continuar de por vida con tratamientos médicos, rehabilitadores, farmacéuticos, ortopédicos, etc, y ello es innegable en virtud de informes médicos obrantes en las actuaciones y que ninguna de las partes ha cuestionado. Ni se ha cuestionado su vinculación con el accidente. Además, no se trata de gastos incluidos en el factor corrector de ayuda a tercera persona. Son pues, gastos necesarios que, de no abonarse, implicaría una vulneración del principio del íntegro resarcimiento del daño. Por tanto, debe tenerse en cuenta:

1. Gastos médicos, de rehabilitación, farmacéuticos, etc, son todos gastos necesarios, reales y ciertos, no futuros ni hipotéticos, y además, son consecuencia del accidente.
2. Esta parte ha valorado su necesidad sin oposición de contrario.
3. La póliza suscrita contempla la responsabilidad civil ilimitada.
4. Aunque fuera posible aplicar el RRCSCVM, la limitación establecida solo regiría para el seguro obligatorio, no para el voluntario.
5. No cabe incluir en estos gastos la ayuda de tercera persona. En consecuencia, la aseguradora deberá hacer frente a todos los gastos médicos, hospitalarios, ortopédicos, farmacéuticos y de rehabilitación, que se generen en lo sucesivo, debidamente acreditados, bien a criterio del Tribunal bien en cualquier de las formas alternativas indicadas en la demanda. La tercera infracción no ha sido admitida. La cuarta infracción se formula de la siguiente forma: «Cuarto. En el fundamento de derecho séptimo de la sentencia recurrida se produce una infracción por interpretación errónea de lo dispuesto en la tabla IV del anexo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, según redacción dada por la disposición adicional octava de la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, en relación con lo dispuesto en el segundo inciso del apartado 1º.7 de dicho anexo, en cuanto establece como factor de corrección la concurrencia de invalideces».

Esta infracción se funda, en síntesis, en lo siguiente:

La AP consideró que no se produjo una concurrencia de incapacidades sino una suma de disfunciones que produce una sola incapacidad. El lesionado tiene una incapacidad física y psíquica, y por tanto, una incapacidad para su trabajo u ocupación habitual, pero también, una gran invalidez que le hace depender de una tercera persona para las funciones más elementales de su vida, así como una incapacidad civil. En consecuencia, si estamos en presencia de una concurrencia de incapacidades, y debe aplicarse el factor corrector de concurrencia de incapacidades, por importe de 146 650,50 euros. Termina la parte recurrente solicitando de esta Sala «[...] dicte sentencia por la que, casando y anulando la recurrida, y estimando las pretensiones de esta parte, con arreglo a los motivos expresados en el presente recurso, se fijen a favor de Ángel las siguientes cantidades a cargo de la compañía de seguros Caser y Victorino , con carácter solidario, y por los siguientes conceptos: »1º.

»A) Incapacidad temporal: 38 197,20 euros.

»B) Factor de corrección: 3 819,72 euros.

»C) Por lesiones permanentes: 227 296,48 euros.

»D) Factores de corrección correspondientes a las lesiones permanentes:

1. Porcentaje del 10%: 22 729,65 euros.

2. Daños morales complementarios: 70 000 euros.

3. Incapacidad permanente absoluta: 146 650,49 euros.

»E) Factor corrección por gran inválido.

1. Necesidad de ayuda de tercera persona: 293 300,99 euros.

2. Adecuación de vivienda: 19 232,39 euros.

3. Perjuicios morales a familiares: 109 987,87 euros.

4. Por adecuación de vehículo: 15 000 euros.

»F) Por concurrencia de incapacidades: 146 650,49 euros.

»G) Por gastos hospitalarios, médicos, rehabilitadores, farmacéuticos y ortopédicos (hasta la fecha de la demanda): 69 464,27 euros.

»G) perjuicios económicos a Mariana : 18 750 euros.

»2º. y, determinar, asimismo, que la entidad aseguradora Caser, deberá hacer frente a cuantas facturas se devenguen como consecuencia de la atención médico-hospitalaria dispensada a Don Ángel en el Hospital "Valencia del Mar" o en que se dispense en lo sucesivo, así como cuantos gastos médicos, hospitalarios, rehabilitadores, ortopédicos, farmacéuticos y similares se generen en lo sucesivo, debidamente acreditados, o bien a criterio de ese Tribunal, en cualquiera de las otras formas alternativas que esta parte propone y solicita en la demanda rectora del procedimiento».

SEXTO.- Mediante auto de 21 de abril de 2009 se acordó admitir el recurso de casación con excepción de la infracción tercera.

SÉPTIMO.- Al transcurrir el término concedido, sin que la parte recurrida personada presentara escrito de oposición al recurso, se acordó señalar fecha para la deliberación y fallo del recurso, para lo que se fijó el día 18 de mayo de 2011 en que tuvo lugar.

OCTAVO.- En esta resolución se han utilizado las siguientes siglas: AP, Audiencia Provincial. CC, Código Civil. FD, fundamento de Derecho. LCS, Ley de Contrato de Seguro. LEC, Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil . LRCSCVM, Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor LTCVMSV, Ley de Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.

RC, Recurso de casación. RGC, Reglamento General de Circulación RRCSCVM, Real Decreto 7/2001, de 12 de enero , por el que se aprueba el Reglamento sobre la responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. SAP, sentencia de la Audiencia Provincial. STC, sentencia del Tribunal Constitucional. 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). TR, Texto Refundido. TRLRCSCVM, Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre , por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor. 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. El 27 de abril de 2000 tuvo lugar un accidente de circulación, por salida de calzada del vehículo y posterior caída por un terraplén, a consecuencia del cual resultaron gravemente lesionados los dos ocupantes del mismo, el conductor, D. Victorino , y su hijo D. Ángel .

2. Por estos hechos se incoaron diligencias previas, luego transformadas en juicio de faltas, donde recayó sentencia absolutoria para el conductor denunciado.

3. A consecuencia de las lesiones y secuelas sufridas, D. Ángel fue declarado judicialmente incapaz para regir su persona y bienes, nombrándose tutora a su esposa, Dª Mariana , que fue autorizada para interponer demanda en nombre de su marido.

4. El 20 de abril de 2003 se registró la demanda formulada por la esposa, en su propio nombre y en el de D. Ángel , contra el conductor y la aseguradora del vehículo causante, mediante la cual, y con fundamento en la existencia de responsabilidad civil extracontractual, se reclamaba la pertinente indemnización comprensiva de los daños personales y materiales que se indicaban (con expresa inclusión de los conceptos de incapacidad temporal, incapacidad permanente, diversos factores de corrección, y gastos médicos, farmacológicos, ortopédicos y de rehabilitación), más intereses del artículo 20 LCS y costas del pleito.

5. El Juzgado estimó parcialmente la demanda y condenó solidariamente a los demandados al pago de 1 034 429,06 euros (de los cuales, 18 850 euros correspondían como indemnización a la esposa) más intereses del artículo 576 LEC . En relación con las únicas cuestiones controvertidas en casación, y sobre la base de su compatibilidad, la sentencia a) accedió a corregir al alza la indemnización básica por lesiones permanentes mediante el factor de incapacidad permanente absoluta (en la cuantía máxima prevista para el año 2003, en que se presentó la demanda -146 650,49 euros-) y el de gran invalidez, en sus modalidades de necesidad de ayuda de otra persona (293 300,99 euros), adecuación de vivienda (19 232,39 euros), adecuación del propio vehículo (15 000 euros) y perjuicios morales a familiares (109 987,87 euros); b) declaró procedente indemnizar los gastos médicos, hospitalarios, ortopédicos, rehabilitadores y farmacéuticos ya devengados, en cuantía de 69 464,27 euros; así como los que, por igual concepto, se devengarán en el futuro con origen en el accidente; c) rechazó conceder cantidad alguna por el concepto de invalideces concurrentes, ante la falta de acreditación del supuesto de hecho normativo. 6. La AP estimó parcialmente los recursos formulados por ambas partes y revocó la sentencia apelada en el sentido de rebajar la indemnización a la suma de 806 326,55 euros (según cuantías vigentes al tiempo del accidente), más intereses, del artículo 20 LCS en cuanto a la cantidad máxima cubierta por el seguro obligatorio, desde la fecha del siniestro hasta el 14 de marzo de 2002, y el interés legal previsto en el artículo 576 LEC , en cuanto al resto, sin hacer expresa imposición de costas en ninguna instancia. Con relación a las cuestiones controvertidas en casación, la sentencia declaró, en síntesis: a) que los factores correctores de la Tabla IV de incapacidad permanente absoluta y gran invalidez, por necesidad de ayuda de otra persona, resultan incompatibles, de manera que, siendo procedente incrementar la indemnización básica por lesiones permanentes con arreglo a este último, ha de excluirse la posibilidad de conceder cantidad alguna por el factor referido a la incapacidad; b) que, por ser anteriores a la fecha del informe de sanidad forense y no discutirse su relación con el siniestro, debían presumirse debidos los gastos médicos, hospitalarios, farmacéuticos y de rehabilitación, indemnizados por el Juzgado en cuantía de 69 464,27 euros, no así los que gastos por dichos conceptos que se devengarán a partir del referido informe, dado que en este quedaron fijadas las secuelas con carácter definitivo, y cualquier agravación o alteración futura habría de entenderse como algo hipotético y no como un perjuicio real y cierto, limitación temporal que encuentra además justificación en el artículo 12.1 c del RRCSCVM (RD de 12 de enero de 2001), previsto para el seguro obligatorio y de aplicación analógica al voluntario.

7. Contra esta sentencia interpone recurso de casación la representación procesal de la parte actora-apelante, el cual consta de un único motivo y ha sido parcialmente admitido al amparo del artículo 477.2.2º LEC , por tratarse de asunto de cuantía superior al límite legal.

SEGUNDO.- Enunciación del motivo primero y único de casación.

El recurso consta de un único motivo en el que se denuncian cuatro infracciones, la tercera de las cuales no ha sido admitida. La infracción primera se introduce con la fórmula: «Primera. En el fundamento de derecho tercero de la sentencia se produce una infracción legal por interpretación errónea de lo dispuesto en el baremo de valoración de daños, tabla IV (en los que se refiere al factor de corrección por incapacidad absoluta y por gran inválido) y del anexo de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro de la circulación de vehículos a motor, según redacción dada por la disposición adicional octava de la Ley 30/95, de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, en relación con lo dispuesto en el segundo inciso del apartado 1º-7 de dicho anexo, en cuanto establece el principio de la total indemnidad de daños». La recurrente defiende la compatibilidad de los diversos factores correctores de la indemnización básica por lesiones permanentes contemplados en la Tabla IV del anexo incorporado a la LRCSCVM, y en particular, la compatibilidad, sí declarada por el Juzgado, entre el factor corrector de incapacidad permanente absoluta y el de ayuda de tercera persona, previsto tan solo para el supuesto de grandes inválidos. Sustenta su tesis esencialmente en la diferente naturaleza de los daños que se indemnizan mediante cada uno de ellos (la pérdida de capacidad para la actividad u ocupación habitual y los gastos derivados de la necesidad de servirse de otra persona, respectivamente), lo que les hace también compatibles en el ámbito laboral.

La infracción segunda se introduce con la fórmula:

«Segunda. En el fundamento quinto de la sentencia se produce una infracción por interpretación errónea de lo dispuesto en el segundo inciso del apartado 1º-6 en relación con el 1º- 7 del baremo de valoración de daños, de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, según redacción dada por la disposición adicional octava de la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, en cuanto establecen que se indemnizarán los gastos de asistencia médica y hospitalaria y el principio de total indemnidad de daños e infracción por una aplicación indebida del art. 12-1.c del Reglamento sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de vehículos de motor, aprobado por Real Decreto de 12 de enero de 2001 ». Esta denuncia tiene por objeto combatir el pronunciamiento de la AP, estimatorio del recurso de la aseguradora, en virtud del cual, con apoyo en el artículo art. 12-1 .c del RRCSCVM, se acordó limitar la indemnización por gastos médicos, hospitalarios, farmacológicos, ortopédicos y de rehabilitación, a los que constaban devengados a fecha en que se emitió el informe de sanidad, y no a los posteriores. Entiende la recurrente que la sentencia excluyó indebidamente la satisfacción de estos últimos, con un doble argumento que no comparte. Esencialmente niega que existiera previsión normativa en el sentido indicado, toda vez que el RRCSCVM no estaba en vigor en el momento de ocurrir el accidente. Y aun en el caso de que fuera aplicable, igualmente rechaza que puedan tenerse los gastos posteriores al informe de sanidad como algo meramente hipotético y no como un gasto necesario, cierto y efectivo, vinculado al accidente, aduciendo en apoyo de este último argumento que el citado reglamento no es de aplicación al seguro voluntario, que la póliza de responsabilidad civil tenía una cobertura ilimitada, que se trata de gastos cuya necesidad y vinculación con el siniestro fue acreditada por la actora sin oposición de contrario, y que no cabe considerarlos incluidos en la indemnización por ayuda de otra persona. La infracción cuarta se introduce con la fórmula: «Cuarto. En el fundamento de derecho séptimo de la sentencia recurrida se produce una infracción por interpretación errónea de lo dispuesto en la tabla IV del anexo de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, según redacción dada por la disposición adicional octava de la

Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, en relación con lo dispuesto en el segundo inciso del apartado 1º.7 de dicho anexo, en cuanto establece como factor de corrección la concurrencia de invalideces». Este último apartado del recurso se contrae a defender la existencia del supuesto de hecho previsto en la norma que invoca, que contempla la producción de invalideces concurrentes como elemento corrector de agravación en las lesiones permanentes. A juicio de la recurrente, el accidente ha ocasionado a su esposo una incapacidad física, una incapacidad psíquica, una invalidez con ayuda de tercera persona y una incapacidad civil, que han de valorarse como incapacidades concurrentes en orden a que tenga derecho a percibir la indemnización que se reclama por ese concepto, en cuanto compatible con las restantes. El motivo debe ser parcialmente estimado, con las consecuencias que se dirán.

TERCERO. - Compatibilidad de los factores de correctores de la Tabla IV. La Tabla IV del Anexo LRCSVM (norma que, en virtud de la doctrina consolidada tras las SSTs de Pleno de 17 de abril de 2007 [RC n.º 2908/2001 y 2598/2002], seguida por las de 1 de octubre de 2010 [RC n.º 1315/2005], 5 de mayo de 2010 [RC n.º 556/2006] y 9 de marzo de 2010 [RC n.º 456/2006], entre las más recientes, ha de aplicarse en la redacción que estuviera vigente el día de producción del accidente, por ser determinante del régimen legal aplicable, sin que afecten al perjudicado los cambios normativos posteriores), 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) y, el de lesiones permanentes que requieren la ayuda de otras personas para las actividades más esenciales, denominado por eso, factor corrector de grandes inválidos, que permite una indemnización complementaria de la básica por secuelas, que compensa la necesidad de recibir ayuda, y también, otras derivadas de la necesaria adecuación de la vivienda y por perjuicios morales a familiares próximos en atención a la sustancial alteración de la vida y convivencia derivada de los cuidados y atención continuada del gran inválido. Según declara la STS del Pleno de la Sala de 25 de marzo de 2010 [RC n.º 1741/2004], acogiendo un criterio seguido por la doctrina de la Sala de lo Social (STS [Social], 17 de julio de 2007 [RCU 4367/2005]), el factor de corrección por incapacidad permanente parcial, total o absoluta 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.

En dicha sentencia se declara expresamente que, de acuerdo con la explicación del sistema que contiene el Anexo segundo, b), con relación a dicha Tabla IV, el referido factor corrector resulta compatible con los demás de la Tabla, así como que la falta de vertebración de los tipos de daño de que adolece el Sistema de valoración impide afirmar que este factor de corrección por incapacidad parcial, total o absoluta 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. Esta doctrina favorable a la compatibilidad de los factores correctores previstos en la Tabla IV, sin ninguna distinción, ha sido recogida posteriormente en STS de 29 de diciembre de 2010 [RC n.º 1613/2007] y su

aplicación al caso determina la estimación de la primera de las infracciones denunciadas en casación, toda vez que también constituye jurisprudencia consolidada que, partiendo de la afirmada compatibilidad de tales factores, su aplicación solo se encuentra condicionada por la concurrencia del supuesto de hecho (STS 9 de marzo de 2010 [RC n.º 456/2006], con cita de la STS de 20 de julio de 2009, [RC n.º 173/2005]), y en el presente pleito la AP tiene por acreditada tanto la realidad de unas secuelas de carácter permanente que además incidieron en la capacidad de la víctima de manera tal que la privaron totalmente de la posibilidad de seguir realizando cualquier tarea u ocupación, como la referida necesaria ayuda de tercera persona para su vida diaria.

La estimación de esta infracción determina la revocación de la sentencia recurrida en este punto, pero no la confirmación del fallo de primera instancia, que concedió al accidentado la cantidad de 146 650,49 euros por el concepto de factor corrector de la incapacidad permanente absoluta. En coherencia con la decisión de la AP, que estima el recurso de apelación de la aseguradora en lo relativo a la aplicación de las cuantías correspondientes al año del siniestro (Resolución de la DGS de 2 de marzo de 2000, BOE de 24 de marzo), decisión que no ha sido objeto de impugnación en casación, procede conceder por dicho factor corrector como máximo la cantidad máxima prevista en dicha actualización, esto es, 21 966 618 pesetas o 132 022,03 euros.

CUARTO.- Indemnización de los gastos médicos.

La STS de 22 de noviembre de 2010 [RC n.º 400/2006], dictada en un supuesto como el de autos, en que la AP había descartado la posibilidad de indemnizar los gastos futuros -si bien entonces, por entender, que como venía siendo tradicional en la doctrina menor, que fuera de los supuestos de acreditación de culpa relevante del conductor, en relación a los conceptos incluidos en el apartado B) de la Tabla V del Anexo (afectada por la declaración de inconstitucionalidad) no cabía indemnizar la totalidad del daño acreditado-, se pronunció a favor de la posibilidad de que la indemnización por los gastos de asistencia médica y hospitalaria a que se refiere el apartado 1º 6 del anexo LRCSCVM, según redacción vigente en el momento del accidente, anterior a la reforma introducida en el año 2007 (Ley 21/2007, de 11 de julio), comprendiera la totalidad de los devengados, con origen causal en el siniestro, fueran anteriores o posteriores a la consolidación de las secuelas. Señala la citada sentencia que, sin necesidad de acudir a la doctrina sobre el lucro cesante (sentada por el Pleno de esta Sala en STS de 25 de marzo de 2010 [RC n.º 1741/2004] y seguida, entre otras, por la STS de 29 de marzo de 2010 [RC n.º 40/2005]), existen razones que apoyan la estimación de la pretensión de resarcimiento de los referidos gastos, «al margen del momento en que el perjudicado deba satisfacerlos, y por tanto, aun cuando se trate de gastos que hayan de abonarse después de alcanzarse la sanidad, una vez que no se ha puesto en duda lo esencial: su nexo causal con el siniestro». En particular, la sentencia considera determinante el tenor literal de la regla sexta del apartado Primero del Anexo, en la redacción vigente a fecha en que sucedieron los hechos (pues ya se dijo que, a partir de las mencionadas sentencias del Pleno de esta Sala de 17 de abril de 2004 [RC n.º 2598/2002 y n.º 2908/2001], la fecha del siniestro determina el régimen legal aplicable, SSTS de 9 de julio de 2008 [RC n.º 1927/02], 10 de julio de 2008 [RC n.º 1634/02 y 2541/03], 23 de julio de 2008 [RC n.º 1793/04], 18 de septiembre de 2008, [RC n.º 838/04], 30 de octubre de 2008 [RC n.º 296/04], 18 de junio de 2009 [RC n.º 2775/2004], 29 de septiembre de 2010 [RC n.º 1222/2006], 29 de septiembre de 2010 [RC n.º 1393/2005] y 17 de diciembre de 2010 [RC n.º 2307/2006]), según el cual, los gastos de asistencia

médica y hospitalaria se han de satisfacer en todo caso, y con independencia, además, de la indemnización que con arreglo a las tablas proceda conceder por el resto de conceptos objeto de indemnización (muerte, lesiones permanentes, determinantes o no de invalidez e incapacidades temporales, regla 5ª del mismo apartado Primero), siendo también relevante que la regla 7ª señale que la indemnización de los daños psicofísicos ha de entenderse «en su acepción integral de respeto o restauración del derecho a la salud». También encuentra acomodo la tesis expuesta en los Principios de Derecho Europeo de Responsabilidad Civil, que consideran daño patrimonial resarcible toda disminución del patrimonio de la víctima causada por el evento dañoso y, al referirse a la indemnización del dicho daño corporal, establecen (artículo 10 :202) que dicho daño patrimonial incluye «la pérdida de ingresos, el perjuicio de la capacidad de obtenerlos (incluso si no va acompañado de una pérdida de los mismos) y los gastos razonables, tales como el coste de la atención médica». Según la citada sentencia, «este marco normativo ampara la posibilidad de indemnizar como perjuicio patrimonial los gastos sanitarios que traigan causa del accidente, entendidos en sentido amplio, ya se trate de gastos derivados de actos médicos curativos, paliativos del dolor, de rehabilitación, etc.; bien estén encaminados al restablecimiento del derecho a la salud o al menos, dirigidos a asegurar a la víctima un mínimo de calidad de vida en atención a la pérdida de salud que conlleva el menoscabo psicofísico sufrido», y sin limitación temporal alguna hasta la reforma introducida por la Ley 21/2007 de 11 de julio (a partir de entonces, solo los gastos ya devengados en el momento de la «sanación o consolidación de secuelas»). La aplicación de esta doctrina al presente caso determina la estimación de la existencia de la segunda de las infracciones denunciadas. La AP se amparó en una norma (el artículo 12.1.c del Real Decreto 7/2001, de 12 de enero , por el que se aprueba el Reglamento sobre la responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, publicado en el BOE a mediados del mes de enero del año 2001) que no estaba en vigor cuando se produjo el siniestro (abril de 2000), y que, por consecuencia, no formaba parte del régimen legal aplicable a la materia, para fijar de forma indebida, un límite temporal en cuanto a los gastos médicos y de análoga consideración que debían ser satisfechos, con el resultado de acceder a indemnizar tan solo los que ya se hubieran devengado a fecha del informe de sanidad, por ser cuando las lesiones y secuelas quedaron estabilizadas, y de desestimar, por futuros, no reales e hipotéticos, todos aquellos gastos cuyo devengo fuera posterior, aún cuando tuvieran causa en el accidente, quedando su indemnización abocada a una ulterior reclamación. Esta decisión no se compadece con la verdadera norma aplicable, el artículo 1.6 del anexo en la redacción original, vigente cuando se produjo el siniestro, que, según la jurisprudencia citada, no hace distinción alguna en función del momento de su devengo y condiciona la indemnización de los citados gastos médicos, entendidos en sentido amplio, únicamente a la acreditación de su existencia y de su vinculación causal con el accidente.

En atención a lo expuesto, procede revocar en este punto la sentencia recurrida y confirmar el pronunciamiento de primera instancia, contenido en el segundo párrafo del fallo, que condenó a la entidad aseguradora Caser a hacer frente a cuantas facturas se devengaran como consecuencia de la atención médico-hospitalaria ya dispensada o que se dispensara en lo sucesivo a D. Ángel en el Hospital "Valencia al Mar", y a hacer frente a cuantos gastos médicos, hospitalarios, rehabilitadores, ortopédicos, farmacéuticos y similares se generasen en lo sucesivo, siempre que consten debidamente acreditados y se pruebe su vinculación causal con las lesiones y secuelas derivadas del siniestro.

QUINTO.- Factor de corrección de invalideces concurrentes.

El último inciso del Anexo primero 7, incorporado a la LRCSCVM, -en redacción vigente cuando ocurrió el siniestro- contempla como «elementos correctores de agravación en las indemnizaciones por lesiones permanentes la producción de invalideces concurrentes». Por su parte, la Tabla IV, al mencionar los diferentes factores de corrección de la indemnización básica por lesiones permanentes, alude nuevamente a los «elementos correctores del apartado primero 7» del Anexo, a los que atribuye un porcentaje de incremento «según circunstancias». Según ha entendido esta Sala (STS de 25 de marzo de 2010, RC n.º 1741/2004), la singularidad de la Tabla IV de no establecer limitación cuantitativa alguna en la ponderación del factor de corrección por concurrencia de elementos correctores del Anexo, primero, 7, en contraposición al principio seguido en las demás Tablas (donde sólo se admite la consideración de elementos de reducción de la indemnización con un límite cuantitativo), tiene su justificación sistemática en la aplicación del principio de indemnidad total de la víctima de secuelas permanentes, especialmente en los casos de gran invalidez, dada la gravedad de los supuestos y la dificultad de prever con exactitud todas las circunstancias. En el presente caso, no concurre el supuesto de hecho normativo y debe desestimarse la existencia de la infracción que se denuncia, ya que no cabe confundir la concurrencia de invalideces con una multiplicidad de afecciones orgánicas y funcionales, determinantes de una única invalidez, -situación que ha sido la que ha merecido indemnización-, sino que el factor corrector al que se alude requiere de la acreditación de una situación de incapacidad añadida, la cual solo puede apreciarse cuando la concurrencia de las lesiones suponga por sí misma una agravación de la entidad fisiológica del conjunto de las secuelas no prevista en las tablas al valorar las invalideces o establecer los factores de corrección. Además, las razones esgrimidas por la recurrente para justificar su pretensión entran en contradicción con las que le llevaron a justificar la compatibilidad de los factores correctores de gran invalidez y de incapacidad permanente absoluta, puesto que en ese caso alude a que solo esta comporta una pérdida de capacidad, y acepta que no exista más incapacidad que una, sin perjuicio de que el hecho de verse agravada por la necesidad de la ayuda de otra persona, permita corregir al alza la indemnización básica por lesiones permanentes mediante ese específico factor corrector aplicable a los grandes inválidos, y sin que la mera concurrencia, por su compatibilidad, de varios factores de la Tabla IV, se traduzca en la existencia de la concurrencia de incapacidades a que se refiere como elemento corrector el Anexo, primero, 7.

SEXTO.- Estimación parcial del recurso y costas. Estimándose parcialmente fundado el único motivo del recurso, procede la estimación parcial de este, sin que haya lugar a imponer las costas a la parte recurrente, por aplicación del artículo 398.2 LEC .

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

FALLAMOS

1. Declaramos haber lugar en parte al recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D^a Mariana , contra la sentencia de 31 de julio de 2006, dictada en grado de apelación, rollo n.º 267/05, por la Sección 1^a de la Audiencia Provincial de León , dimanante del juicio ordinario n.º 553/03, del Juzgado de Primera Instancia n.º 4 de León , cuyo fallo dice: «Fallamos: »Que estimando en parte los recursos de apelación interpuestos por la representación procesal de los

codemandados Caser Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. y Victorino , y estimando también parcialmente el recurso interpuesto por la representación de Mariana , con revocación parcial de la sentencia de instancia se modifica el Fallo de la misma que será sustituido por el siguiente: »Que estimando parcialmente la demanda rectora, debemos condenar y condenamos con carácter solidario a los codemandados Victorino y compañía aseguradora Caser, a que, por los conceptos reclamados abonen a la demandante en calidad de tutora de su esposo Ángel , la cantidad de 806.326,55 # (ochocientos seis mil trescientos veintiséis euros con cincuenta y cinco céntimos), descontando de dicha cantidad lo que le haya ya satisfecho la entidad aseguradora Caser, a la que se condena también a abonarle el interés previsto en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro en cuanto a la cantidad máxima cubierta por el seguro obligatorio, desde el 27 de abril de 2000 hasta el 14 de marzo de 2002, aplicándose a lo demás el interés legal previsto en el art. 576 de la LEC , y sin hacer expresa imposición de las costas causadas en ambas instancias».

2. Casamos y anulamos en parte la anterior sentencia, que declaramos sin valor ni efecto alguno en el pronunciamiento relativo a la desestimación de la indemnización de los gastos médicos, hospitalarios, ortopédicos, farmacéuticos y de rehabilitación, devengados en fecha posterior al informe de sanidad, y en cuanto al pronunciamiento desestimatorio de la indemnización solicitada por factor corrección de incapacidad permanente absoluta, dejando subsistentes los restantes pronunciamientos.

3. En su lugar, como consecuencia de la estimación parcial del recurso de apelación formulado por la parte demandante, se confirma la sentencia de primera instancia en cuanto a la obligación de hacerse cargo la aseguradora demandada de cuantos gastos médicos, hospitalarios, ortopédicos, farmacéuticos, de rehabilitación o de análoga consideración, se hayan generado a causa del siniestro, siempre que consten debidamente acreditados, y se incrementa la cantidad objeto de condena en la segunda instancia en la suma de 132 022,03 euros, correspondiente al factor corrector de incapacidad permanente absoluta.

4. No se hace condena en cuanto a las costas de este recurso, ni en cuanto a las devengadas en las anteriores instancias.