

El informe médico pericial en los procedimientos de tráfico tras la ley 5/2025

M.ª Cruz Aparicio Redondo

Magistrada.
Letrada del Gabinete Técnico del Tribunal Supremo (Sala Civil), en comisión de servicio

SUMARIO

- I.- INTRODUCCIÓN
- II.- OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA DE APORTAR INFORME MÉDICO PERICIAL DEFINITIVO EN LA FASE PREVIA
 - 1.- EFECTO PRECLUSIVO DEL INCUMPLIMIENTO.
 - 2.- DUDAS SOBRE EL ALCANCE DEL EFECTO PRECLUSIVO.
 - 3.- POSIBLE INCIDENCIA DEL INCUMPLIMIENTO EN EL PRONUNCIAMIENTO SOBRE COSTAS.
- III.- FACULTAD DEL PERJUDICADO DE PEDIR INFORME MÉDICO PERICIAL EN LA FASE EXTRAJUDICIAL
 - 1.- RECLAMACIÓN PREVIA.
 - 2.- SOLICITUD DE INFORME MÉDICO COMPLEMENTARIO A LOS IMLCF.
 - 3.- OTRAS POSIBILIDADES DE OBTENER INFORME MÉDICO PERICIAL.
- IV.- APORTACIÓN DE INFORME PERICIAL MÉDICO POR EL DEMANDANTE EN EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL
 - 1.- REGLA GENERAL: APORTACIÓN CON LA DEMANDA.
 - 2.- ANUNCIO DE LA APORTACIÓN DEL DICTAMEN CON POSTERIORIDAD A LA DEMANDA.
 - 3.- APORTACIÓN DE INFORME PERICIAL CUYA NECESIDAD DERIVE DE LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.
- V.- ENTRADA EN VIGOR Y APLICACIÓN TEMPORAL DE LA REFORMA
- VI.- CONCLUSIONES

I.- INTRODUCCIÓN

La DA primera de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, previó la creación de una Comisión de Seguimiento del Sistema de Valoración - lo que tuvo lugar mediante Orden comunicada de 27 de octubre de 2016, de los Ministerios de Economía y Competitividad y de Justicia-, la cual, además de las consultas y sugerencias que evacuase desde su creación -como hizo a través de la Guía de Buenas Prácticas-, debía emitir en el plazo máximo de tres años a partir de la entrada en vigor de dicha ley un informe razonado que incluyese el análisis de la puesta en marcha del nuevo Sistema de Valoración, sus repercusiones jurídicas y económicas y la actualización de cuantías y límites indemnizatorios, así como sugerencias para su mejora.

Dicho informe se publicó el 23 de julio de 2020. La Ley 5/2025, por la que se modifican el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, incorporó la mayor parte de las recomendaciones efectuadas en aquel. Sin alterar la estructura ni los principios generales del sistema, se introducen mejoras en el texto legal y en las tablas que suponen un incremento en el nivel de protección a los perjudicados.

Entre las recomendaciones efectuadas, la Comisión de Seguimiento advierte que las diversas denominaciones que aparecen a lo largo de la ley relativas al «informe médico» están complicando la gestión y tramitación de las reclamaciones. Unas veces se habla de «informe médico definitivo» (arts. 7.3.c), 7.4. b) y 37.3), otras de «informe» (art. 9. b), «informe médico» (arts. 113.6, 115.1 y 2, 116.1 y 2, 117.1 y 2), «prueba pericial médica» (arts. 113.5 y 121.2), o «informe médico concluyente» (art. 135). A la vista de esta situación, en el informe razonado se recomienda unificar las diversas denominaciones en dos únicas clases: el «informe médico asistencial» y el «informe médico pericial». El primero se refiere al informe emitido por el médico que atiende al paciente en su proceso de diagnóstico y tratamiento. El segundo se refiere al informe médico realizado por un experto en valoración del daño corporal de acuerdo con los criterios de su especialidad y los criterios médicos establecidos por el sistema valorativo legal. Esos informes, a su vez, podrán ser provisionales o definitivos y, en su caso, el informe pericial definitivo podrá ser, además, concluyente.

En ocasiones, es preceptivo que el informe médico pericial se apoye en informes médicos asistenciales, tanto para la acreditación de determinados gastos, como de algunas secuelas, y deberían unirse como anexos a aquel. Por ejemplo, la acreditación de la necesidad, periodicidad y cuantía de los gastos de prótesis y ortesis futuras (art. 115), gastos de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria futura (art. 116), y de las ayudas técnicas y productos de apoyo para la autonomía personal (art. 117) que necesite el lesionado a lo largo de su vida, requiere conocimientos en ortopedia y/o terapia ocupacional. Además, la tabla 2.A.1 (baremo médico) exige informes médicos adicionales de determinados especialistas tanto para el diagnóstico como para el reconocimiento de algunas secuelas. Por ejemplo: (i) los dolores por desaferentación (01038) -dolores excepcionales que no forman parte del cuadro clínico habitual-, cuando concurren con amputaciones o en lesiones de nervios periféricos, necesitan ser acreditados con informe médico y tratamiento específico en unidades especiales. (ii) Algunas secuelas del apartado de psiquiatría y psicología clínica requieren informe médico psiquiátrico o de un informe psicológico de estado. En otras ocasiones, la acreditación de la secuela debe venir respaldada por pruebas médicas específicas; por ejemplo, el diagnóstico de la patología endocrina postraumática, que se realizará en función de los exámenes clínicos y pruebas complementarias practicadas por un especialista en endocrinología.

Aunque este trabajo se centra en el informe médico pericial en los procedimientos de tráfico, no puede obviarse la relevancia de esta prueba en reclamaciones ajenas al ámbito circulatorio, en las que se aplica su sistema de valoración de forma orientativa para calcular la indemnización por los daños derivados de negligencia médica, accidentes de trabajo, caídas.... Procede recordar que el conocido como baremo de tráfico contiene una serie de límites cuantitativos y cualitativos que se justifican por las especiales circunstancias del ámbito circulatorio, puestas de relieve por la STC 181/2000, de 29 de junio¹, y que pueden superarse cuando el

¹ «... la alta siniestralidad en el sector del automóvil, la naturaleza de los daños ocasionados y su relativa homogeneidad, el aseguramiento obligatorio del riesgo, la creación de fondos de garantía supervisados por la Administración (Consorcio de Compensación de Seguros) y, en fin, la tendencia a la unidad normativa de los distintos ordenamientos de los Estados miembros de la Unión Europea, son factores concurrentes, perfectamente susceptibles de ser valorados por el legislador y que justifican suficientemente y hacen plausible, a juicio del TC, la opción legislativa

baremo se aplica orientativamente fuera de aquel². Por ejemplo, la reforma introducida por la Ley 5/2025 modifica el art. 36.3 TRLRCSCVM y amplía de seis a doce meses la duración del tratamiento médico y psicológico indemnizable que reciban los familiares de víctimas fallecidas mencionados en el artículo 62, así como los de grandes lesionados, por las alteraciones psíquicas que, en su caso, les haya causado el accidente. Aunque este límite temporal es imperativo dentro del ámbito circulatorio, se podría superar fuera de aquel si se justifica con un informe médico la necesidad de una duración superior de tratamiento. También podría acreditarse de la misma forma un importe superior al máximo previsto en el baremo en relación con otros gastos como los derivados de la rehabilitación domiciliaria, prótesis u ortesis...

II.- OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA DE APORTAR INFORME MÉDICO PERICIAL DEFINITIVO EN LA FASE PREVIA

El apartado 2 del art. 7 impone al asegurador la obligación de observar una conducta diligente en la cuantificación del daño y la liquidación de la indemnización desde el momento en que conozca, por cualquier medio, la existencia del siniestro (es decir, incluso antes de recibir la reclamación del perjudicado, por ejemplo, cuando tenga noticias del accidente a través del parte de accidente facilitado por su asegurado). A estos efectos, el asegurador podrá solicitar a su costa los informes periciales privados que considere pertinentes, que deberá efectuar por servicios propios o concertados, si considera que la documentación aportada por el lesionado es insuficiente para la cuantificación del daño.

En línea con la recomendación del informe razonado, la Ley 5/2025 sustituye la referencia al “informe médico definitivo” contenida en los arts. 7.3.c), 7.4. b) y 37.3 por la de “informe médi-

finalmente acogida».

² Entre otras, la STS, Sala Primera, 269/2019, de 17 de mayo -una de las dictadas en relación con el accidente de aviación de Spanair-, aplica criterios correctores a las indemnizaciones calculadas conforme a dicho baremo. Esta sentencia no solo permite superar el límite cuantitativo del baremo, sino también sus límites cualitativos, pues reconoce la condición de perjudicada a una hermana del fallecido que no habría tenido tal consideración en el ámbito circulatorio. En la misma línea, la STS 963/2023, de 14 de junio, en relación con el mismo accidente, considera improcedente reducir conforme al baremo de tráfico la indemnización del lucro cesante por debajo del importe real acreditado con la prueba practicada.

co pericial definitivo”. El hecho de que se requiera que el informe médico sea “pericial” y “definitivo”, implica que este debe ajustarse a las reglas del sistema de valoración, y que no puede modificarse en el caso de que tuviera que ser aportado en un procedimiento judicial ulterior. Solo estaría justificada su modificación si la demanda contuviera alguna cuestión relevante que no hubiera aflorado en la fase extrajudicial, y que precisara de contradicción, para evitar la indefensión de la parte demandada.

1.- Efecto preclusivo del incumplimiento.

Los apartados 3 y 4 del art. 7 establecen los requisitos de validez de la oferta y de la respuesta motivada. En ambos casos se exige que contengan de forma desglosada y detallada, los documentos, informes o cualquier otra información de que se disponga, incluyendo el informe médico pericial definitivo. En el caso de la oferta, esto permite al perjudicado contar los elementos de juicio necesarios para decidir su aceptación o rechazo. En el caso de la respuesta motivada, le permite conocer las razones por las que la aseguradora no emite oferta.

Tras la entrada en vigor de la Ley 35/2015, la Audiencia Provincial de Granada -seguida por la de Murcia y la de Zamora- inició una doctrina según la cual, el incumplimiento por la aseguradora de su obligación de acompañar el informe médico definitivo a la oferta o a la respuesta motivada impedía que aquella pudiera aportarlo en el procedimiento judicial posterior. No todos los tribunales aceptaron dicha conclusión, al entender que dicho efecto no se deducía del art. 7 TRLRCSCVM, que solo contemplaba la imposición de sanciones administrativas y de los intereses moratorios del art. 20 LCS, ni podía extraerse de la regulación de la prueba pericial contenida en los arts. 335 ss. LEC. Los partidarios de esta última postura entendían que la aportación del informe médico pericial por parte de la aseguradora debía hacerse con la contestación a la demanda (art. 336.1 LEC), sin aceptar su aportación posterior al amparo del art. 337.1 LEC, ya que entendían poco probable que la compañía pudiera justificar la imposibilidad de pedir y obtener el informe dentro del plazo para contestar, conforme exige el art. 336.4 LEC, cuando había podido recabarlo durante la fase previa.

El informe razonado acoge la doctrina de la Audiencia Provincial de Granada y considera que la buena fe procesal impide aportar al proceso judicial aquellos informes médicos definitivos de los que las partes ya disponían en la fase

extrajudicial y que no hayan aportado en la fase extrajudicial cuando estaban obligadas a ello.

Este último inciso debe ponerse en relación con la Guía de Buenas Prácticas que, en sus Acuerdos de 27 de noviembre de 2017, aclaró en qué supuestos dicho informe puede ser sustituido por la documentación facilitada por el perjudicado, y aquéllos otros en los que su aportación es preceptiva.

Oferta motivada:

* Suficiente la información médica aportada por el lesionado.

- 1.- Coincidencia entre la reclamación previa y la oferta motivada, en cuanto a conceptos e importes, tanto en el caso de lesiones temporales como de secuelas.
- 2.- Sólo se reclaman lesiones temporales y no hay cuantificación o no hay acuerdo sobre la reclamación, si bien la oferta motivada debe contener una explicación detallada de los criterios empleados.
- 3.- Casos de traumatismos menores de columna vertebral sin secuelas.

* Necesario incorporar informe médico definitivo a la oferta motivada:

- Sólo se reclaman lesiones temporales, pero el lesionado aporta informe médico pericial.

- Se reclaman secuelas y el lesionado aporta informe médico asistencial o pericial. Si además este último contiene la puntuación otorgada y la codificación de secuelas, la buena práctica exige que también se indiquen dichos extremos en el informe médico definitivo de la entidad.

- Si la secuela reclamada deriva de un traumatismo menor de columna vertebral y el lesionado aporta informe médico pericial concluyente que acredite la existencia de la misma (art. 135.2). En este caso, la buena práctica permite que los puntos asignados a las secuelas y su codificación consten en la oferta motivada o en el informe médico definitivo que se adjunte a la misma.

Respuesta motivada:

* No es necesario informe médico definitivo:

- 1.- En los casos en los que, por la dilatación en el tiempo del proceso de curación del perju-

dicado, no fuera posible determinar el alcance total de las secuelas padecidas a causa del accidente o porque, por cualquier motivo, no se pudiera cuantificar plenamente el daño.

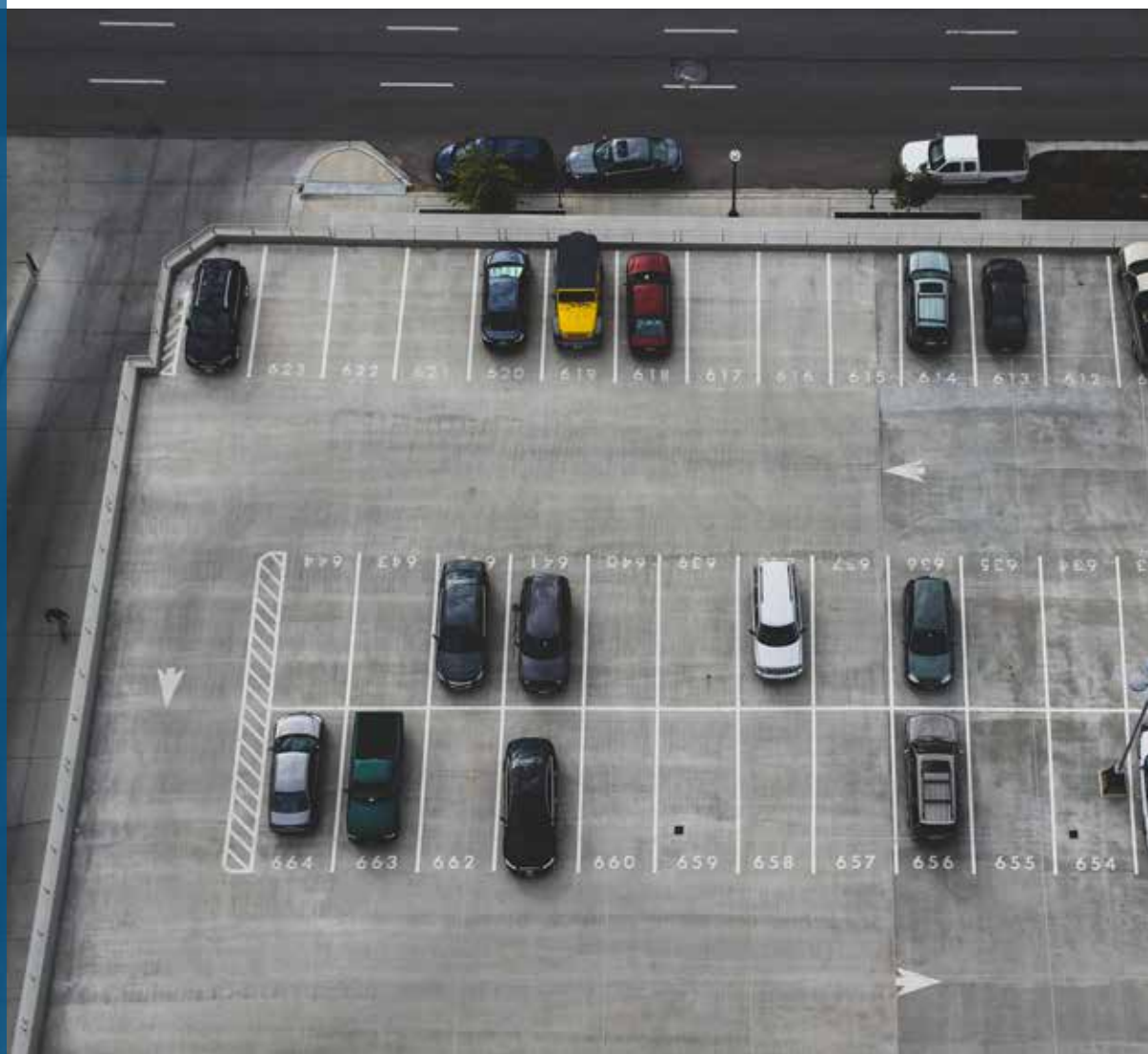
- 2.- En el caso de lesiones o secuelas que deriven de un traumatismo menor de columna vertebral, si la respuesta motivada se basa en que la sintomatología no apareció en tiempo médicamente explicable, atendiendo al criterio cronológico del art. 135.1.b).

* Es necesario: en los casos en que la respuesta motivada se base en la negación de la existencia de lesiones temporales o secuelas o del nexo causal respecto a ellas.

La validez de la respuesta motivada basada en la dilatación en el tiempo del proceso de curación sin informe médico pericial (que obviamente no podría ser definitivo en este caso) debe ponerse en relación con otra de las modificaciones introducidas en el art. 7.4 TRL-RCSCVM. Se mantiene la obligación de que, en este supuesto, la respuesta motivada incluya la referencia a los pagos a cuenta de la indemnización final, atendiendo a la naturaleza y entidad de los daños. La Comisión de Seguimiento advirtió que, en ocasiones, estos pagos resultaban insuficientes, si se tenía en cuenta los perjuicios sufridos hasta ese momento por el lesionado (tiempo transcurrido de lesiones temporales, secuelas indefectibles tales como amputaciones, secciones medulares completas, resección de órganos...). Con la finalidad de erradicar dicha mala práctica, La Ley 5/2025 especifica que dichos pagos deberán ajustarse al importe de todos los perjuicios cuya consolidación esté ya constatada. Aunque no se exige expresamente, podría ser conveniente que se acompañe a estas respuestas motivadas un informe médico pericial provisional, con la finalidad comprobar el cumplimiento de la nueva exigencia legal.

La reforma introducida por la Ley 5/2025 acoge la recomendación del informe razonado y establece en los apartados 3 y 4 del art. 7 que el incumplimiento de la obligación de acompañar a la oferta o respuesta motivada los informes médicos periciales definitivos impedirá su aportación en el posterior proceso judicial.

Algunos autores han manifestado que la sentencia de la Sala Primera 991/2025, de 23 de junio, se opone a la postura que finalmente ha prevalecido, pero lo cierto es que el Tribunal Supremo no llegó a pronunciarse sobre la cuestión



ya que entendió, por una parte, que la aseguradora había cumplido sus obligaciones extraprocesales y, por otra, que la parte actora no había denunciado oportunamente la infracción procesal alegada en el recurso de apelación.

En la fase extrajudicial, la compañía emitió respuesta motivada, al entender que, a la vista del atestado, el siniestro era responsabilidad del reclamante, que no había respetado un ceda el paso existente en el lugar del siniestro. Iniciado el procedimiento, la aseguradora incorporó a su escrito de contestación sendos informes periciales, uno de reconstrucción de accidentes y otro médico, que fueron admitidos sin que la actora recurriera ni protestara dicha decisión.

La sentencia de primera instancia desestimó la demanda, y la demandante interpuso recurso de apelación, que fue estimado parcialmente por la Audiencia Provincial de Murcia, al acoger la postura introducida por primera vez en segunda instancia de no tomar en consideración los informes periciales de la contestación, por entender que la aseguradora había incumplido sus obligaciones extracontractuales, y no podía ser premiada con la admisión de una prueba tardíamente aportada.

La demandada interpuso recurso extraordinario por infracción procesal y de casación, y la sala estimó el primero, con la consecuencia de anular la sentencia recurrida y reponer las actuaciones para que la Audiencia Provincial dicte

una nueva sentencia sin excluir los dictámenes periciales que indebidamente no había tenido en cuenta. Considera que la aseguradora cumplió la obligación que le impone el art. 7, pues emitió respuesta motivada basada en la culpa exclusiva de la víctima. Además, los informes periciales fueron propuestos y admitidos conforme a derecho, sin que se formulara impugnación formal a su admisión en la fase procesal correspondiente.

2.- Dudas sobre el alcance del efecto preclusivo.

Pese a la claridad de la opción legislativa adoptada, siguen surgiendo dudas.

2.1.- Informe pericial médico para sustentar motivos de oposición subsidiarios.

Podemos plantearnos si el cumplimiento por la aseguradora de sus obligaciones extrajudiciales, por ejemplo, al emitir una respuesta motivada fundada en razones ajenas a cuestiones médicas (falta de cobertura, inexistencia de responsabilidad ...), le permite aportar por primera vez en el procedimiento judicial un informe médico pericial, no recabado en la fase previa, para rebatir el importe de la indemnización reclamada como motivo de oposición subsidiario.

El principio de buena fe y los deberes recíprocos de colaboración previstos en el art. 37 -aun cuando su apartado 3 se refiera exclusivamente a la oferta motivada- permite sostener que la aseguradora está obligada a aportar el informe pericial médico definitivo en la fase previa si durante esta ha requerido al perjudicado para que los servicios médicos por ella designados le reconozcan y hagan seguimiento de la evolución de sus lesiones, a pesar de que finalmente emitiera respuesta motivada por cuestiones no médicas.

Como se ha expuesto, el art. 7.2 TRLRCSCVM impone a la aseguradora el deber de diligencia en la cuantificación y liquidación de la indemnización, con la posibilidad de recabar para ello informes periciales médicos privados. Pero ¿es exigible en todo caso que la aseguradora recabe dichos informes en la fase previa para poder cuestionar subsidiariamente el alcance de la indemnización en un procedimiento posterior, aun cuando extrajudicialmente niegue su deber de responder del pago por cuestiones ajenas al ámbito médico? Parece que la STS 991/2025, de 23 de junio, excluye tal exigencia. El problema radica en que, a la vista de tal interpretación, las aseguradoras emitan respuestas motivadas in-

consistentes, con la única finalidad de eludir el deber de adelantar su pericial médica. ¿Se podría inadmitir en ese supuesto dicha prueba, introducida por primera vez en el procedimiento judicial? No parece probable, pues es presumible que tal finalidad “fraudulenta” solo se revele tras la práctica de la prueba. De ser así, aun con la dificultad que comporta, podría valorarse tal comportamiento en el pronunciamiento sobre costas, si se entiende que dicha manera de actuar frustra, con vulneración del principio de buena fe, la posibilidad de alcanzar una solución consensuada en la fase extrajudicial.

2.2.- Posibilidad de solicitar designación judicial de perito.

También cabe plantearse si, en el caso de que la aseguradora incumpliera la obligación de acompañar el informe médico pericial definitivo a la oferta o respuesta motivada, podría interesar la designación judicial de perito, al amparo del art. 339 LEC. Se podría pensar que dicha posibilidad constituye un fraude de Ley al entender que, mediante la aplicación del citado precepto, se pretende eludir las consecuencias negativas previstas en el art. 7 TRLRCSCVM -preclusión para aportar el informe médico pericial definitivo-. Esto no sería así si entendemos que el único efecto negativo de tal incumplimiento es privar a la compañía de la posibilidad de aportar un informe médico pericial emitido a su instancia, por un profesional designado por aquella, pero no uno emitido por un perito de designación judicial, en una interpretación restrictiva de las normas sancionadoras.

2.3.- Incumplimiento total por la aseguradora de sus obligaciones extrajudiciales.

Podría darse el caso de que la aseguradora incurriera en un incumplimiento aún mayor que el de no acompañar el informe médico pericial definitivo a la oferta o a la respuesta motivada, como ocurriría si ni siquiera llegase a emitir dicha oferta o respuesta motivada. Aunque la reforma no prevé expresamente en este supuesto la preclusión de la posibilidad de aportar informe médico pericial en el procedimiento judicial, parece lógico que así sea, en atención a una interpretación teleológica de la Ley, y a fin de evitar promover incumplimientos totales.

2.4.- Alcance del efecto preclusivo a otros informes.

Cabría plantearse si es posible extender el efecto de la preclusión a otros informes como los de biomecánica o los actuariales, lo que no

parece posible al no estar expresamente contemplado.

3.- Posible incidencia del incumplimiento en el pronunciamiento sobre costas.

Podemos pensar si, además del efecto preclusivo previsto en el art. 7 TRLRCSCVM, el incumplimiento de la obligación de aportar el informe médico pericial definitivo a la oferta o a la respuesta motivada pudiera tener alguna repercusión en el pronunciamiento sobre costas, a la luz de la reforma introducida por la LO 1/2025, de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia.

Su art. 5 introduce con carácter general, como requisito para la admisión de la demanda en los procedimientos seguidos ante la jurisdicción civil, haber acudido a un medio adecuado de solución de controversias en vía no jurisdiccional (MASC). El art. 2 entiende por MASC cualquier tipo de actividad negociadora, reconocida en esa u otras leyes, estatales o autonómicas, a las que las partes de un conflicto acuden de buena fe con el objeto de encontrar una solución extrajudicial a aquel, ya sea por sí mismas o con la intervención de una tercera persona neutral. Aunque con alguna duda inicial, actualmente está aceptado que la fase extrajudicial obligatoria regulada en el art. 7 TRLRCSCVM para los procedimientos de tráfico constituye un requisito de procedibilidad específico de estos y permite tener por cumplida la nueva exigencia introducida por la LO 1/2025³.

El art. 7.4 LO 1/2025 impone a los tribunales, en el caso de que se inicie un proceso judicial con el mismo objeto que el de la previa actividad negociadora, el deber de tener en consideración la colaboración de las partes respecto a la solución consensuada y el eventual abuso del servicio público de Justicia al pronunciarse sobre las costas, o en su tasación, así como para la imposición de multas o sanciones, para lo que se reforma tanto el art. 247 LEC, como los preceptos reguladores del pronunciamiento y tasación de costas. En relación con estas últimas, la idea que subyace es que el legislador no quiere que la parte haya rehusado injustificadamente participar en un proceso negociador previo no pueda beneficiarse de un pronunciamiento favorable en costas.

La LO 1/2025 introduce en el art. 394 LEC una nueva excepción al principio del vencimiento según la cual, no habrá pronunciamiento sobre costas a favor de aquella parte que hubiere rehusado expresamente o por actos concluyentes, y sin justa causa, participar en un MASC legalmente preceptivo, al que hubiese sido efectivamente convocado, o que se hubiere acordado, previa conformidad de las partes, por derivación judicial.

Por lo que respecta a los procedimientos de tráfico, parece que no hay duda de que el incumplimiento de la aseguradora de emitir oferta o respuesta motivada equivaldría a un rehúse injustificado a participar en la fase previa preceptiva por lo que, en ese supuesto, no habría pronunciamiento en costas a su favor, aun cuando se desestimara la demanda interpuesta por el perjudicado -o se justificaría su imposición en caso de estimación parcial (art. 394.2 LEC), o de allanamiento anterior a la contestación a la demanda (art. 395 LEC)-. Como se ha indicado, uno de los requisitos para la validez de la oferta y de la respuesta motivada, recogido en los apartados 3 y 4 del art. 7 TRLRCSCVM, es que se acompañe a estas el informe médico pericial definitivo cuando su aportación sea preceptiva. Cabría pensar que el incumplimiento de dicha exigencia, que priva al perjudicado de contar con los datos necesarios para aceptar o no la oferta motivada, o para conocer los motivos de su sustitución por una respuesta motivada, frustran la finalidad de la fase extrajudicial, pues dificulta o impide la consecución de una solución consensuada, lo que podría equivaler a un rehúse injustificado a participar en esta fase extrajudicial preceptiva.

III.- FACULTAD DEL PERJUDICIADO DE RECARBAR INFORMES MÉDICOS PERICIALES EN LA FASE EXTRAJUDICIAL.

1.- Reclamación previa del perjudicado.

El art. 7 mantiene la obligación del perjudicado de comunicar el siniestro al asegurador, pidiendo la indemnización que corresponda, con carácter previo a la interposición de la demanda. La reforma introducida por la Ley 5/2025 aclara que se equipara a la reclamación extrajudicial la comunicación del perjudicado sobre el inicio de un procedimiento penal a su instancia, así como la notificación efectuada por el órgano judicial cuando este se inicie de oficio (por ejemplo, tras la recepción del atestado).

³ El art. 7 TRLRCSCVM a la luz de la LO 1/2025 de medidas en materia de eficiencia del Servicio Público de Justicia. M.^a Cruz Aparicio Redondo. Revista de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, N.º. 93, 2025, págs. 11-28

La Comisión de Seguimiento recomendó aclarar que no es necesario formular la reclamación previa para admitir a trámite la demanda cuando la aseguradora hubiera emitido previamente la oferta o respuesta motivada en cumplimiento de su deber de diligencia, tras conocer la existencia del siniestro por otra vía (por ejemplo, la remisión del parte de accidente por su asegurado). Aun cuando dicha recomendación no se ha reflejado en la Ley 5/2025, cabe asumirla si tenemos en cuenta que la finalidad de la reclamación previa es precisamente que la compañía conozca la existencia de un siniestro del que se han derivado lesiones de las podría ser responsable su asegurado.

Tal y como adelantara la Guía de Buenas Prácticas-, se introduce expresamente en el art. 7 que no se requiere que la reclamación extrajudicial esté cuantificada, incluso si el reclamante dispusiera de todos los elementos para poder hacerlo. En consecuencia, el perjudicado no estaría obligado a aportar informes periciales en la fase previa, y cumpliría sus obligaciones extracontractuales con la entrega a la asegurado-

ra de los documentos e información de la que disponga y con dejarse reconocer por los servicios médicos de la compañía, de ser requerido para ello (art. 37.2).

2.- Solicitud de informe médico complementario a los IMLCF.

El art. 7.5 preveía la posibilidad de que el perjudicado disconforme con la oferta motivada pudiera solicitar informes periciales complementarios al IMLCF - siempre que no hubiese intervenido previamente tras el ejercicio de acciones judiciales-. El informe razonado consideró que debía extenderse esta facultad a los supuestos de respuesta motivada por la inexistencia de lesiones, lo que acoge la reforma.

Además, en el apartado 6 del art. 7, y dadas las dilaciones advertidas por la Comisión de Seguimiento en algunos IMLCF, se introducen dos plazos que les afectan: 3 meses desde la solicitud del informe complementario para el reconocimiento del perjudicado y, desde entonces, un mes para la emisión de aquel. Sin embargo, no



se establece consecuencia alguna al incumplimiento de dichos plazos.

La Comisión de Seguimiento también recomendó que la valoración realizada por los IMLCF se ciñera a la que es objeto de controversia entre las partes, de tal modo que no pudiera ser menor que la que conste en la oferta motivada, ni mayor que la reclamada por la víctima. Sin embargo, esta consideración tampoco se ha recogido en la Ley 5/2025.

Esta solicitud de intervención pericial complementaria obligará al asegurador a efectuar una nueva oferta motivada en el plazo de un mes desde la entrega del informe pericial complementario, continuando interrumpido el plazo de prescripción para el ejercicio de las acciones judiciales.

La reforma no alcanza al RD 1148/2015, de 18 de diciembre, por el que se regula la realización de pericias a solicitud de particulares por los IMLCF, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de vehículos a motor. No parece aplicable la Disposición derogatoria única de la Ley 5/2025, que alcanza a cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a ella porque, más que ser contraria a la reforma, precisa de su complemento. Respecto a la ampliación de los supuestos en los que es posible acudir al IMLCF, no se plantea problema, pues el RD se remite a los supuestos del art. 7.5, ahora ampliado. En cuanto a los plazos, resultarían directamente aplicables, al encontrarnos ante una norma de rango superior y posterior en el tiempo.

La nueva redacción del art. 7.5 no extiende la posibilidad de acudir al IMLCF en el supuesto de que la aseguradora no hubiera emitido oferta o respuesta motivada, pese a que dicho incumplimiento priva al perjudicado de la posibilidad de obtener gratuitamente un informe pericial. No parece que la ampliación de esta facultad sea posible. En primer lugar, se trata de una prueba pericial “complementaria” y, sin oferta o respuesta motivada nada habría que complementar. Por otra parte, el art. 479.5.d) y el art. 480.1.d) exigen una cobertura normativa que aquí no se da para la emisión de informes por el IMLCF a solicitud de particulares.

Lo anterior no excluye la posibilidad de que el demandante interese en la demanda la designación judicial de un perito valorador del daño corporal ex art. 339.2 LEC que, en el caso de que el actor tenga reconocido el derecho de asistencia jurídica gratuita, será el médico fo-

rense, por preverlo así el art. 6 de la Ley de Asistencia Jurídica Gratuita.

Cabe pensar si debería inadmitirse esta solicitud al demandante que tiene reconocida la asistencia jurídica gratuita cuando ha tenido la oportunidad de acudir al IMLCF antes de iniciar el proceso, al amparo del art. 7.5, y no lo ha hecho, por cuanto ello privaría a la aseguradora de emitir una nueva oferta motivada que pudiera evitar el pleito. Parece que tal posibilidad carece de fundamento jurídico, teniendo en cuenta que nos encontramos ante la una facultad, sin que dicho trámite previo sea preceptivo para interponer la demanda.

3.- Otras posibilidades de obtener informes médicos periciales.

3.1.- Informes médicos periciales complementarios a costa de perjudicado.

Además de la posibilidad de acudir a los IMLCF, el art. 7.5 prevé que el perjudicado puede recabar a su costa informes médicos complementarios, sin necesidad de acuerdo del asegurador. En este caso, el art. 7 no prevé la entrega de dicho informe a la aseguradora antes de interponer la demanda. Sin embargo, el informe razonado considera que la buena fe procesal impide aportar al proceso judicial aquellos informes médicos definitivos de los que las partes -sin distinguir entre el perjudicado y la aseguradora- ya disponían en la fase extrajudicial y que no hubieran aportado en ella. Quizá la clave radica en el matiz de que ello es así cuando se trate de informes que tuvieran la obligación de aportar en la fase previa.

3.2.- Medios adecuados de solución de controversias (MASC).

También, en caso de disconformidad con la oferta o la respuesta motivada (por cualquier causa, no solo por inexistencia de lesiones), o transcurrido el plazo para su emisión (supuesto excluido de la posibilidad de acudir al IMLCF), cualquiera de las partes, y no solo el perjudicado (art. 7.8, en relación con el art. 14 TRL-RCSCVM), puede acudir a uno de los medios adecuados de solución de controversias en vía no jurisdiccional (no solo a la mediación). Dicho MASC podría ser la opinión de un experto independiente, valorador del daño corporal, lo que permitiría a las partes contar en la fase previa con un nuevo informe pericial médico dirimente de las controversias que les permitiera alcanzar una solución consensuada y evitar el procedimiento judicial.

En este caso el MASC no se contempla como presupuesto de procedibilidad, sino como una facultad de las partes, que podrían optar por acudir directamente a la vía jurisdiccional en ejercicio de la pretensión resarcitoria.

El carácter no preceptivo de este MASC plantea la duda de si el rehúse injustificado de una de las partes a participar en aquel tendría algún efecto en el pronunciamiento sobre costas, ya que los arts. 394 y 395 se refieren a los MASC legalmente preceptivos (o acordados, previa conformidad de las partes, por derivación judicial). Quizá en la mente del legislador subyace la idea de que, si el perjudicado y la aseguradora han cumplido de buena fe las obligaciones que les competen durante la fase previa del art. 7 y, a pesar de ello, no han alcanzado un acuerdo, el rehúse a iniciar un proceso negociador, esta vez de carácter voluntario, no podría calificarse como injustificado. Es decir, lo relevante a efectos de costas seguiría siendo lo ocurrido durante la tramitación obligatoria.

IV.- APORTACIÓN DE INFORME PERICIAL MÉDICO POR EL DEMANDANTE EN EL PROCEDIMIENTO JUDICIAL.

1.- Regla general: aportación del informe pericial con la demanda.

Los arts. 265.1.4.º y 336.1 LEC establecen, como regla general, que los informes periciales en que las partes apoyen sus pretensiones deben acompañarse con la demanda, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 337 y 339.

Por su parte, el art. 37.1 TRLRCSVM exige que la determinación y la medición de las secuelas y de las lesiones temporales se realice mediante informe médico ajustado a las reglas del sistema de valoración. Es objeto de controversia si, judicializado el conflicto, la actora debe acompañar siempre informe médico pericial para que prospere su pretensión resarcitoria o esta puede basarse exclusivamente en los informes médicos asistenciales.

En cualquier caso, la falta de aportación con la demanda del informe médico ajustado a las reglas del sistema no implica, en modo alguno, su inadmisión, ya que la aportación del informe pericial médico no constituye un requisito de procedibilidad, sino un problema de prueba sobre la existencia y valoración de las lesiones, y su relación de causalidad con el accidente. Dicha omisión tampoco supondría necesari-

amente la desestimación de la demanda, puesto que podría fijarse la indemnización teniendo en cuenta el resto de prueba practicada (informe pericial de la parte demandada, oferta motivada, informes de urgencia, del médico asistencial, o del centro de fisioterapia...).

No obstante, en ocasiones, el sistema de valoración exige la aportación de informe pericial médico para el resarcimiento de determinados perjuicios, en cuyo caso este tiene que acompañarse necesariamente con la demanda. Así ocurre, por ejemplo, en el art. 121.2 TRLRCSVM, que establece la posibilidad de indemnizar los gastos derivados de ayuda de tercera persona en los supuestos no previstos en la tabla 2.C.2, que relaciona determinadas secuelas con el número de horas de ayuda de tercera persona, siempre que se acredite mediante prueba pericial médica una pérdida de autonomía personal análoga a la producida por las secuelas previstas en aquella. Se entiende que el informe pericial deberá especificar también el número de horas de ayuda necesarias para compensar dicha pérdida de autonomía personal, lo que permitirá concretar la cuantía indemnizatoria aplicando la tabla 2.C.3, que relaciona el número de horas con la edad del perjudicado (en la fecha de estabilización).

2.- Anuncio de la aportación del informe pericial en un momento posterior.

El art. 337.1 LEC introduce una excepción a la regla general, si no fuese posible la aportación de los informes periciales con la demanda. En este caso, la parte actora expresará en ella los dictámenes de que pretenda valerse, que deberá aportar, para su traslado a la parte contraria, en cuanto disponga de ellos y, en todo caso, cinco días antes de iniciarse la audiencia previa en el juicio ordinario o en treinta días desde la presentación de la demanda en el verbal.

Esta previsión debe integrarse con lo dispuesto en el apartado 3 del art. 336 LEC, que exige al demandante justificar cumplidamente que la defensa de su derecho no ha permitido demorar la interposición de aquélla hasta la obtención del dictamen.

La causa generalmente alegada para justificar la imposibilidad de retrasar la interposición de la demanda es la caducidad de la acción. Este argumento no es aplicable en los procedimientos de tráfico, en los que se ejercita la acción de responsabilidad extrajudicial, sometida a un plazo de prescripción susceptible de ser interrumpido.

No cabe anunciar en la demanda la futura aportación de la pericial médica haciendo depender tal decisión del contenido de la contestación ya que, además de que esta posibilidad carece de cobertura legal, supondría modificar el orden de intervención de las partes en el proceso.

3.- Aportación del informe pericial como consecuencia de las alegaciones del demandado en la contestación.

El art. 338 LEC permite al actor aportar, para su traslado a la parte contraria, con al menos cinco días de antelación a la celebración del juicio o de la vista, el dictamen cuya necesidad o utilidad venga suscitada por la contestación a

la demanda o por lo alegado y pretendido en la audiencia previa al juicio.

Dejando al margen los problemas procesales que podrían derivarse de la falta de adecuación de dicho precepto a la nueva tramitación del juicio verbal introducida en el art. 438.8 LEC por la LO 1/2025, debe tenerse en cuenta la interpretación de su alcance realizada por la Sala Primera, entre otras, en las SsTS 842/2010, de 22 de diciembre; 176/2011, de 14 de marzo, y 901/2011, de 13 de diciembre.

Estas resoluciones aclaran que el caso regulado en el art. 338 LEC no contempla propiamente una excepción a la regla general de aportación de la pericial con la demanda y la contes-



tación, sino un supuesto concreto que determina la aportación de esta prueba en un momento posterior, como consecuencia de las distintas posibilidades alegatorias que el proceso otorga a las partes. Se indica que la finalidad de la norma es evitar que la introducción en el proceso, al contestar a la demanda, de un elemento de controversia que, aun relacionado o conexo con la demanda, exceda de los términos en que se dejó planteado el litigio por el demandante, le cause indefensión. Se especifican dos supuestos que no tienen amparo en el precepto analizado: (i) La subsanación de omisiones, olvidos, inexactitudes o cualesquiera irregularidades en la aportación del informe pericial o en el contenido del informe pericial acompañado con la demanda para acreditar los hechos constitutivos de la causa de pedir (por ejemplo, para incluir una nueva partida resarcitoria existente al emitirse el informe inicial). (ii) La formulación de una réplica encubierta a los hechos alegados en la contestación. En la citada STS de 22 de diciembre de 2010, se entendió que el informe pericial que se había pretendido aportar en la audiencia previa no se emitió para valorar hechos diferentes a los descritos en la demanda e introducidos en la contestación, sino para valorarlos de otra forma, tratándose, en definitiva, de un ‘contrainforme’ o crítica que la Ley procesal difiere en su caso al trámite regulado en el artículo 347.

V.- ENTRADA EN VIGOR Y APLICACIÓN TEMPORAL DE LA REFORMA.

Como se ha expuesto, no son pocas las novedades introducidas por la Ley 5/2025 en relación con el informe médico pericial, y procede conocer desde cuándo resultan aplicables.

La DF novena de la Ley 5/2025 establece que esta entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el BOE, lo que tuvo lugar el 25 de julio de 2025, con alguna salvedad, como la actualización conforme al IPC (art. 49.1), que producirá efectos a partir del 1 de enero siguiente a la entrada en vigor de la ley.⁴

Además, se especifica que las modificaciones del título IV del texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, se aplicarán a los accidentes de circulación ocurridos tras la entrada en vigor de la ley, de con-

formidad con lo establecido en el artículo 38.2 del mencionado texto refundido y sin perjuicio de lo previsto en el artículo 49.2 del mismo texto refundido.

Para entender esta última excepción hay que recordar que el art. 49.2 insiste en que las tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona no son objeto de actualización, sino de modificación periódica mediante la correspondiente revisión de las bases técnicas actuariales⁵. Además, aclara que las tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona aplicables son las vigentes en el momento del fallecimiento o de la estabilización de las secuelas. De esta manera, puede ocurrir que las lesiones derivadas de un accidente ocurrido con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 5/2025 alcancen la estabilización después del 26 de julio de 2025, por lo que habría que estar a las tablas de lucro cesante y de ayuda de tercera persona introducidas por la reforma. Por ejemplo, si como consecuencia de un accidente ocurrido en mayo de 2025 resulta perjudicada una persona dedicada en exclusiva a las tareas del hogar familiar, y sus lesiones causan su muerte en agosto de 2025, para el cálculo de la indemnización de lucro cesante que corresponde a los perjudicados por el fallecimiento, habrá que estar a las nuevas tablas introducidas por la Ley 5/2025 específicas para estas personas, en vez de utilizar las tablas de víctimas con ingresos por trabajo personal e incrementar la cantidad en un 25%, como indicaba el art. 88.4 introducido por la Ley 35/2015.

En relación con la indemnización por los gastos derivados de ayuda de tercera persona, debe tenerse en cuenta que el cálculo de la indemnización implica la utilización de dos tablas. En primer lugar, la tabla 2.C.2, que permite determinar el número de horas en función de las

5 Antes de la reforma introducida por la Ley 5/2025, la Orden ETD/949/2022, de 29 de septiembre, modificó las **bases técnicas** actuariales, lo que dio lugar a la modificación de las tablas de lucro cesante, de necesidad de ayuda de tercera persona, y las TT1, TT2 y TT3 mediante RD 907/2022, de 25 de octubre, que entró en vigor el día siguiente de su publicación en el BOE el 28 de octubre de 2022. Previamente, debido al importante incremento del SMI, y puesto que las tablas 2.C.3, 2.C.7 y 2.C.8 están influenciadas en su cálculo por aquel, se actualizaron puntualmente dichas tablas en las Resoluciones de la DGSFP de 20 de marzo de 2019 y de 30 de marzo de 2020, con efecto desde el 1 de enero de estos años, tal y como advirtió la Comisión de Seguimiento en sus acuerdos de 20 de febrero de 2019 que forman parte de la Guía de Buenas Prácticas (3.3:3. Buena práctica respecto a la aplicación a determinados casos del sustancial incremento del SMI producido para 2019).

4 Resolución de 3 de febrero de 2026, publicada en el BOE de 18 de febrero de 2026.



secuelas que padece el lesionado, para luego acudir a la tabla 2.C.3, que relaciona las horas con la edad del perjudicado en el momento de la estabilización. La primera de ellas ha sufrido una importante modificación con la Ley 5/2025, al suprimir los cuartos de hora y aumentar el número de horas de determinadas secuelas que, en los casos más graves, alcanzan las 24 horas. Esta tabla 2.C.2 no está condicionada por las bases técnicas actuariales, al contrario de lo que ocurre con la tabla 2.C.3, por lo que, si el accidente ocurrió antes del 26 de julio de 2025, aunque las lesiones estabilicen con posterioridad, no podrán aplicarse las mejoras horarias introducidas en aquella. En cambio, para conocer la cuantía de esta partida resarcitoria, si que se estará a la Tabla 2.C.3 vigente en el momento de la estabilización.

Puesto que la DF 9.^a establece que los cambios introducidos en el Tít. IV se aplican a los accidentes ocurridos después de su entrada en vigor, y el art. 7 no está incluido aquel (específico del sistema de valoración del daño corporal), ¿podría solicitarse informe pericial complementario al IMLCF en relación con un accidente ocurrido antes de su entrada en vigor, respecto del que la aseguradora emitiera respuesta motivada por inexistencia de lesiones después de la entrada en vigor? ¿Debería tenerse por precluida para la aseguradora la posibilidad de presentar informe pericial médico si la demanda se in-

terpone tras la entrada en vigor de la Ley 5/2025 y no acompañó lo acompañó a su oferta o respuesta motivada, cuando estaba obligado a ello, aunque el accidente ocurriera antes de la entrada en vigor?

Esta cuestión es similar a la suscitada en relación con la DT de la Ley 35/2015, según la cual, el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación que establece esta Ley se aplicaba únicamente a los accidentes de circulación ocurridos tras su entrada en vigor. Puesto que el sistema de valoración se encontraba en el Título IV, en el que no se incluye el art. 7, se planteó la duda de si el requisito de procedibilidad que introdujo dicho precepto era o no exigible a todas las demandas presentadas después de la entrada en vigor de la reforma (1 de enero de 2016), aunque se refirieran a accidentes ocurridos con anterioridad a esta fecha.

La opinión mayoritaria entendió que este requisito de procedibilidad sólo estaba previsto para los siniestros ocurridos tras la entrada en vigor de la Ley 35/15 (Audiencias Provinciales como la de Madrid y la Barcelona adoptaron acuerdos de unificación de criterios en tal sentido), al entender que la DT se refería a todo el nuevo sistema de valoración, al que no es ajeno el art. 7. Sin embargo, otras Audiencias Provinciales resolvieron en sentido contrario -por

ejemplo, la sec. 1ª de la AP Córdoba, en Auto de Pleno de 13 de enero de 2017-. Así lo ha defendido también el catedrático de Derecho Civil Juan José Marín López⁶.

Esta segunda tesis se basaba en el diferente régimen de derecho transitorio de las normas sustantivas y procesales; si bien las primeras priman el momento de la creación, producción o acaecimiento del hecho, acto o negocio jurídico de que dimana el derecho sustantivo de que se trate, en relación con las normas procesales ha de estarse a la norma vigente de la formulación de la demanda. Por otra parte, la DT dejaba fuera, intencionadamente o no, la regulación formal orientada a la reclamación judicial, y de la previa extrajudicial, aplicable desde la entrada en vigor de la reforma a cualquier accidente, incluidos los anteriores a aquella, a los que resulta aplicable el nuevo régimen procesal y, en consecuencia, la reclamación previa. Miquel Martín Casals defiende esta segunda posición en relación con la entrada en vigor de las mejoras procesales introducidas en el art. 7 por la Ley 5/2025⁷.

En los ámbitos ajenos al circulatorio, en los que se aplica orientativamente el baremo de tráfico, hay que tener en cuenta que la STS, Sala Primera, 951/2025, del pleno, de 17 de junio, ha modificado su doctrina para permitir la aplicación del sistema de valoración vigente a la fecha de interposición de la demanda aun cuando los hechos hubieran sucedido con anterioridad a su entrada en vigor.

VI.- CONCLUSIONES

- 1.- La Ley 5/2025 acoge la mayor parte de las recomendaciones efectuada en el informe

6 La aplicación en el tiempo de la Ley 35/2015: algunas cuestiones problemáticas. Revista de la Asociación Española de Abogados Especializados en Responsabilidad Civil y Seguro, N.º. 58, 2016, págs. 23-38.

7 Panorámica del nuevo sistema valorativo legal (SVL 2025 o baremo 2025). Responsabilidad civil, seguro y tráfico: cuaderno jurídico, N.º. 92, 2025, págs. 13-21.

razonado elaborado por la Comisión de Seguimiento, algunas de las cuales afectan al informe médico.

- 2.- Se reducen a dos las clases de informes médicos: asistencial y pericial. A su vez, ambos pueden ser provisionales y definitivos, y el pericial también puede ser concluyente.
- 3.- La prueba pericial médica adquiere especial relevancia en los procedimientos de daños ajenos al ámbito circulatorio en los que se aplica orientativamente el baremo de tráfico para el cálculo de la indemnización, dada la posibilidad de superar los límites contenidos en aquel.
- 4.- Si la aseguradora incumple la obligación de aportar el informe médico pericial definitivo a la oferta o a la respuesta motivada no podrá acompañarlo en el procedimiento posterior. Tampoco podría en el caso de que no llegue a emitir dicha oferta o respuesta motivada. Resulta dudoso que pueda solicitar en estos casos designación judicial de perito, así como la incidencia de estos incumplimientos en el pronunciamiento sobre costas.
- 5.- El perjudicado no está obligado a aportar informe médico pericial en la fase previa, ni a cuantificar su reclamación.
- 6.- Se amplían los supuestos en los que se puede solicitar informe médico pericial complementario a los IMLCF, que ya no se circunscriben a la discrepancia del perjudicado con la oferta motivada, sino que se extiende a su disconformidad con la respuesta motivada basada en la inexistencia de lesiones.
- 7.- Existe controversia sobre la aplicación de las mejoras procesales introducidas en el art. 7 a accidentes anteriores a la entrada en vigor de la Ley 5/2025, al no estar incluido dicho precepto en el Título IV TRLRSCVM.