

Roj: **STS 1309/2026 - ECLI:ES:TS:2026:1309**Id Cendoj: **28079110012026100439**Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Civil**Sede: **Madrid**Sección: **1**Fecha: **18/03/2026**Nº de Recurso: **2246/2021**Nº de Resolución: **431/2026**Procedimiento: **Recurso de casación**Ponente: **JOSE LUIS SEOANE SPIEGELBERG**Tipo de Resolución: **Sentencia****TRIBUNAL SUPREMO****Sala de lo Civil****Sentencia núm. 431/2026**

Fecha de sentencia: 18/03/2026

Tipo de procedimiento: CASACIÓN

Número del procedimiento: 2246/2021

Fallo/Acuerdo:

Fecha de Votación y Fallo: 10/03/2026

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Procedencia: SECCIÓN 6.ª DE LA AUDIENCIA PROVINCIAL DE SEVILLA

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora Carmen Garcia Alvarez

Transcrito por: EAL

Nota:

CASACIÓN núm.: 2246/2021

Ponente: Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg

Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Aurora Carmen Garcia Alvarez

TRIBUNAL SUPREMO**Sala de lo Civil****Sentencia núm. 431/2026**

Excma. Sra. y Excmos. Sres.

D.ª M.ª Ángeles Parra Lucán

D. José Luis Seoane Spiegelberg

D. Antonio García Martínez

En Madrid, a 18 de marzo de 2026.

Esta Sala ha visto el recurso de casación interpuesto por D. Jacinto , representado por la procuradora D.ª Macarena Rodríguez Ruiz, bajo la dirección letrada de D.ª Ana Carrasco Martínez, contra la sentencia n.º 512/20, dictada por la Sección 6.ª de la Audiencia Provincial de Sevilla, en el recurso de apelación n.º 2540/2019, dimanante de las actuaciones de juicio ordinario n.º 1382/2017, del Juzgado de Primera Instancia

n.º 16 de Sevilla. Ha sido parte recurrida Mapfre España, Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A., representada por la procuradora D.ª Adela Cano Lantero y bajo la dirección letrada de D. Ángel C. Tavira Ortega.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Luis Seoane Spiegelberg.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- *Tramitación en primera instancia*

1.-El procurador D. Javier González Velasco Calderón, en nombre y representación de D. Jacinto , interpuso demanda de juicio ordinario contra Mapfre, en la que solicitaba se dictara sentencia:

«[p]or la que estimando íntegramente la presente demanda se declare el derecho de mi representado a percibir la cuantía indemnizatoria concretada en el cuerpo principal del presente escrito, y se condene a la demandada a abonar la cantidad diferencial entre lo que le corresponde y lo abonado a cuenta, cuya suma concretada asciende a un total de 113.537,60€ por los tres conceptos, más intereses legales y moratorios del art. 20 de la LCS, condenándola asimismo al pago de las costas del procedimiento, con cuanto más proceda en Derecho y Justicia que se pide en Sevilla a 31 de julio de 2017».

2.-La demanda fue repartida al Juzgado de Primera Instancia n.º 16 de Sevilla y se registró con el n.º 1382/2017. Una vez fue admitida a trámite, se procedió al emplazamiento de la parte demandada.

3.-La procuradora D.ª M.ª Belén Aranda López, en representación de Mapfre Familiar, S.A., contestó a la demanda mediante escrito en el que solicitaba al juzgado:

«[s]e estime la pluspetición alegada y la improcedencia del devengo de intereses».

4.-Tras seguirse los trámites correspondientes, la Magistrada-juez del Juzgado de Primera Instancia n.º 16 de Sevilla dictó sentencia de fecha 7 de noviembre de 2018, con la siguiente parte dispositiva:

«Debo estimar y estimo parcialmente la demanda formulada por el Procurador de los Tribunales DON JAVIER GONZÁLEZ VELASCO CALDERÓN en la representación de DON Jacinto contra la entidad MAPFRE FAMILIA SA y en consecuencia, debo condenar y condeno al demandado a que abone al actor la suma de ONCE MIL DOSCIENTOS VEINTIÚN EUROS CON NOVENTA CÉNTIMOS (11.221,90 euros), así como los intereses del artículo 576 LEC desde la fecha de la presente sentencia, sin hacer expresa imposición de las costas causadas a ninguno de los litigantes».

SEGUNDO.- *Tramitación en segunda instancia*

1.-La sentencia de primera instancia fue recurrida en apelación por la representación de D. Jacinto .

2.-La resolución de este recurso correspondió a la sección 6.ª de la Audiencia Provincial de Sevilla, que lo tramitó con el número de rollo 2540/2019, y tras seguir los correspondientes trámites dictó sentencia en fecha 17 de diciembre de 2020, cuya parte dispositiva dispone:

«FALLAMOS

»Se estima parcialmente el recurso interpuesto por la representación de don Jacinto contra la Sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 16 de Sevilla con fecha 7 de noviembre de 2018 en el Juicio Ordinario número 1382/2017, cuyo fallo se revoca y se dicta otro por el que estimando parcialmente la demanda formulada por Jacinto contra MAPFRE, debemos condenar y condenamos a ésta a que abone a la parte actora la suma de diecinueve mil ochocientos noventa euros con ochenta y cuatro céntimos (19.890,84€), más los intereses devengados desde la fecha del siniestro calculados en la forma establecida en el artículo 20 LCS, sin hacer expresa imposición de las costas causadas en la primera instancia ni de las de esta alzada.

»Dada la estimación parcial del recurso, devuélvase al recurrente el depósito constituido para recurrir».

Por dicha sección se dictó auto el 4 de febrero de 2021, con la siguiente parte dispositiva:

«LA SALA ACUERDA: Rectificar el fundamento de derecho tercero en su último párrafo y el fallo de la sentencia que quedan en los siguientes términos:

»FD: Por tanto, considerando como factor de corrección la incapacidad permanente total que deriva del accidente, habrá de ser indemnizado en tal concepto, si bien no en la cantidad que se reclama, la máxima de la horquilla establecida, considerando este tribunal más ajustado a derecho, a falta de otras pruebas, indemnizar por el valor medio de la horquilla, que asciende a 57.517,61 euros, por lo que habiendo ofrecido MAPFRE la suma por este concepto de 48.848,67 euros, siendo por tanto la diferencia de 10.497,61 euros.



»Fallo: Se estima parcialmente el recurso interpuesto por la representación de don Jacinto contra la Sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 16 de Sevilla con fecha 7 de noviembre de 2018 en el Juicio Ordinario número 1382/2017, cuyo fallo se revoca y se dicta otro por el que estimando parcialmente la demanda formulada por Jacinto contra MAPFRE, debemos condenar y condenamos a ésta a que abone a la parte actora la suma de veintiún mil setecientos diecinueve euros con cincuenta y un céntimos (21.719,51€), más los intereses devengados desde la fecha del siniestro calculados en la forma establecida en el artículo 20 LCS, sin hacer expresa imposición de la costas causadas en la primera instancia ni de las de esta alzada.

»Contra este auto no podrá interponerse recurso alguno, sin perjuicio del procedente, en su caso, contra la resolución original».

TERCERO.- Interposición y tramitación del recurso de casación

1.-El procurador D. Javier González Velasco-Calderón, en representación de D. Jacinto, interpuso recurso de casación.

El motivo del recurso de casación fue:

«UNICO. - Al amparo del art. 477.2. 3º de la LEC y art. 477.3 de la LEC Interponemos el presente Recurso De Casación por la infracción Por infracción del artículo 1.1 y la Tabla VI Capítulos 1, 2, 4 y 7 del 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 aplicable en su versión a la fecha del accidente».

2.-Las actuaciones fueron remitidas por la Audiencia Provincial a esta Sala, y las partes fueron emplazadas para comparecer ante ella. Una vez recibidas las actuaciones en esta Sala y personadas ante la misma las partes por medio de los procuradores mencionados en el encabezamiento, se dictó auto de fecha 22 de febrero de 2023, cuya parte dispositiva es como sigue:

«1º) Admitir el recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. Jacinto, contra la sentencia dictada el 17 de diciembre de 2020, por la Audiencia Provincial de Sevilla (Sección Sexta), en el rollo de apelación n.º 2540/2019, dimanante de los autos de juicio ordinario n.º 1382/2017 del Juzgado de Primera Instancia n.º 16 de Sevilla.

»2º) Abrir el plazo de veinte días, a contar desde la notificación de este auto, para que la parte recurrida formalice por escrito su oposición a los recursos. Durante este plazo las actuaciones estarán de manifiesto en la Secretaría.

»De conformidad con lo dispuesto en el art. 483.5 de la LEC contra la presente resolución no cabe recurso alguno».

3.-Se dio traslado a la parte recurrida para que formalizara su oposición, lo que hizo mediante la presentación del correspondiente escrito.

4.-Por providencia de 3 de febrero de 2016 se nombró ponente al que lo es en este trámite y se acordó resolver el recurso sin celebración de vista, señalándose para votación y fallo el siguiente 10 de marzo, en que ha tenido lugar.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Antecedentes relevantes

A los efectos decisorios de la presente controversia partimos de los antecedentes siguientes:

1.º-D. Jacinto interpuso una demanda en ejercicio de una acción de responsabilidad civil extracontractual (arts. 1902 del Código Civil, en adelante CC, y 1 de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor, en adelante LRCSCVM), contra la entidad Mapfre Familiar Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., en reclamación de la indemnización que consideraba procedente por los daños personales sufridos, el 27 de julio de 2014, cuando circulaba conduciendo un turismo por la calle Torneo de Sevilla, a la altura del número 74, momento en el que fue colisionado, por alcance, por otro turismo que, asegurado en la entidad Mapfre, proyectó al vehículo del demandante contra un muro de hormigón.

2.º-La compañía aseguradora abonó al Sr. Jacinto, por dicho siniestro, la suma de 88.838,03 euros, que aquel reputó insuficiente, por lo que solicitó en su demanda una suma adicional de 113.537,60 euros, que fundamentó en que a las secuelas padecidas no les correspondía una valoración de 29 puntos y otro más de perjuicio estético (37.290,52 euros más 725,47 euros), sino la de 52 puntos, en función de lo cual reclamó la cantidad de 96.824,52 euros más, lo que supone, por tal concepto, descontando lo ya recibido, 58.808,13 euros. En segundo lugar, la compañía demandada reconoció al actor una incapacidad permanente parcial por



la que satisfizo la suma de 47.020 euros; sin embargo, el demandante reclama una incapacidad permanente absoluta por un total de 95.768,67 euros, que le ha sido reconocida por el INSS, lo que supone otros 48.848,67 euros sobre los abonados por la aseguradora.

Y, por último, en aplicación del factor de corrección del 10% sobre las secuelas, le corresponderían otros 5.880,80 euros de diferencia.

El demandante no cuestionó la indemnización correspondiente al día de estancia hospitalaria y a los 325 días improductivos de incapacidad temporal.

3.º-En su contestación a la demanda, la compañía aseguradora entendió que las únicas secuelas que padeció el demandado eran una limitación de movilidad de hombro: 4 puntos; hombro doloroso: 2 puntos; fractura vertebral con acúñamiento menor del 50%: 5 puntos; fractura vertebral con acúñamiento menor del 50%: 2 puntos, y algias postraumáticas con compromiso radicular: 7 puntos. Al tiempo que consideró mal calculada la fórmula de secuelas concurrentes.

4.º-El 25 de noviembre de 2015, en el procedimiento de faltas 719/2014, del Juzgado de Instrucción n.º 5 de Sevilla, seguido por estos mismos hechos, el médico forense emitió informe en el que dio la sanidad al demandante con una incapacidad temporal de un día de estancia hospitalaria y 326 días improductivos, con las secuelas siguientes: hombro doloroso: 3 puntos; lesión nervio cubital, secundaria a radiculopatía: 10 puntos; dorsalgia secundaria a lesión T4: 8 puntos; fractura aplastamiento L5: 10 puntos, que incluye el dolor lumbar y las parestesias de miembros inferiores; perjuicio estético secundario a deformación de la escápula: 1 punto; y trastorno de estrés postraumático: 1 punto.

5.º-El conocimiento de la demanda correspondió al Juzgado de Primera Instancia número 16 de Sevilla, que dictó sentencia en la que estimó parcialmente la demanda al considerar que, respecto de las secuelas, ha de estarse al informe del médico forense por considerarlo más ponderado que las periciales médicas de parte, siendo así que la propia compañía demandada lo aceptó; sin embargo, el juzgado entendió que había que valorar la secuela de agravación del trastorno ansioso depresivo a 7 puntos, en vez del punto del informe forense. Por lo tanto, tras la aplicación de la fórmula de las secuelas concurrentes, resultó una puntuación final de 33 puntos, a los que hay que sumar el perjuicio estético, lo que resulta una cantidad de 48.218,12 euros. Por todo ello, elevó la indemnización a la suma de 11.221,90 euros, sin aplicar sobre dicha suma los intereses del artículo 20 de la LCS.

6.º-Contra la precitada sentencia se interpuso recurso de apelación cuyo conocimiento correspondió a la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Sevilla, que dictó sentencia desestimatoria del recurso interpuesto con respecto a la indemnización fijada en concepto de secuelas funcionales y perjuicio estético. Consideró, para ello, que la sentencia del juzgado había realizado una correcta valoración de la prueba practicada, singularmente de la comparación de los informes periciales presentados por las partes con relación al dictamen del médico forense y el resto de la documentación clínica aportada de la que no puede inferirse otra cosa que las secuelas son las que recoge la sentencia impugnada, sin que sea procedente la valoración que efectúa el recurrente que supone la doble valoración de algunas secuelas que, por su naturaleza, están englobadas en otras.

Además, habrá de tenerse en cuenta la independencia y cualificación técnica de los médicos adscritos al Instituto de Medicina Legal, cuyo informe se ve corroborado y sustentado por los documentos médicos del sistema público de salud.

Sin embargo, el tribunal discrepa de la conclusión alcanzada por la juzgadora de primera instancia sobre la situación de incapacidad permanente total para la profesión habitual del demandante y su consideración de que no es consecuencia del accidente sufrido; por lo tanto, considera, como factor de corrección por incapacidad permanente total, la suma de 57.517,61 euros.

También, consideró que procedía el recargo de los intereses de demora del artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro (LCS).

Posteriormente, mediante auto de aclaración de 4 de febrero de 2021, entendió que se había producido un error aritmético de cálculo, y que la diferencia entre el valor medio de la horquilla por incapacidad permanente total de 57.517,61 euros y la cantidad ofertada por la compañía Mapfre de 48.848,6 euros, es de 10.497,61 €, por lo que, en definitiva, se revocó la resolución del juzgado y se fijó que la cantidad debida por Mapfre al demandante era la de 21.719,51 euros, con los intereses legales del art. 20 LCS.

7.º-Contra dicha sentencia se interpuso por el demandante recurso de casación.

SEGUNDO.- *Motivo único y desarrollo del recurso de casación*



El recurso de casación se fundamentó al amparo de los arts. 477.2. 3.º y 477.3 de la LEC, por infracción del artículo 1.1 y la Tabla VI, capítulos 1, 2, 4 y 7 del 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 aplicable en su versión vigente a la fecha del accidente anterior a la reforma por Ley 35/2015, de 22 de septiembre.

En el desarrollo del recurso, sostiene que el informe pericial presentado por el demandante no incurre en la duplicidad valorativa, proscrita por el baremo, incluido en el anexo del texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre (reglas de valoración contenidas en la tabla sexta del baremo).

El demandante afirma que, según las sentencias dictadas, se considera erróneamente que las fracturas con acúñamiento T4 y L5 han de valorarse de forma conjunta con el dolor o algias postraumáticas, las parestesias y la limitación de la movilidad en aplicación de la regla general dos de la tabla VI, al igual que en el hombro; pero la realidad es que estos conceptos están reflejados en apartados distintos, y si el legislador hubiese querido que se comprendieran en una sola secuela así lo habría hecho constar, como lo hace al referirse a los miembros inferiores.

Añade que, bien interpretado el principio de absorción, no impide que puedan ser computadas, de forma independiente, secuelas típicas que, aun siendo consecuencia indudable de otra ya valorada, no son, sin embargo, inherentes a la misma, ni se encuentran contempladas en los criterios de valoración de esta, de modo que gozan de sustantividad propia como secuelas funcionales o sintomáticas, por lo que han de valorarse conjuntamente con la secuela principal a la que aparecen vinculadas causalmente.

Así sucede con las fracturas tanto L5 como T4, que se cuantifican en atención al porcentaje de aplastamiento que sufre dicha estructura ósea (más o menos del 50% de la altura de la vértebra), sin que, a los efectos de baremar su intensidad, se pondere el dolor dimanante de dicha secuela ni la limitación que la misma produzca para la asignación de los puntos correspondientes.

Es, por ello, que valorar de forma independiente el dolor que produce dichas lesiones, así como la limitación de movilidad que genera, no implica duplicidad alguna, porque estas dos últimas consecuencias dañosas no se tienen en consideración para cuantificar la lesión, que se gradúa exclusivamente en función al porcentaje de acúñamiento o aplastamiento padecido.

El dolor o la limitación de movimientos aparecen en apartados distintos del baremo y pueden concurrir o no, además son consecuencias que no necesariamente permanecen de manera estable en el tiempo una vez concluido el proceso de rehabilitación, como en este caso ocurrió.

En definitiva, se trata de conceptos distintos y todos ellos están comprendidos en las tablas orientadoras, citando en apoyo diversas sentencias de audiencias provinciales que mantienen el criterio defendido en el recurso.

Por todo ello, solicita la estimación del recurso de casación interpuesto y que se indemnice al recurrente en la cantidad interesada en su escrito de demanda.

La compañía de seguros consideró que el recurso no debía ser admitido y en todo caso la sentencia del tribunal provincial debía ser confirmada por aplicar correctamente el principio de exclusión tabular.

No concurren los óbices de admisibilidad alegados por la parte demandada. En efecto, esta sala distingue entre causas absolutas y relativas de inadmisibilidad.

En efecto, como señalamos en las SSTS 1233/2024, de 3 de octubre; 1634/2024, de 5 de diciembre; 459/2025, de 24 de marzo; 827/2025, de 27 de mayo, 1178/2025, de 21 de julio, 1655/2025, de 18 de noviembre, 283/2026, de 23 de febrero, entre otras muchas, que:

«[e]ste tribunal ha elaborado la doctrina de las causas absolutas y relativas de inadmisibilidad, fijada en el auto del pleno de 6 de noviembre de 2013 (recurso 485/2012), asumida en resoluciones posteriores como las sentencias 577/2015, de 5 de noviembre; 667/2016, de 14 de noviembre; 292/2017, de 12 de mayo; o más recientemente 142/2021, de 15 de marzo; 629/2021, de 27 de septiembre; 658/2021, de 4 de octubre; 843/2021, de 9 de diciembre; 283/2022, de 4 de abril, 1032/2022, de 23 de diciembre o 1219/2023, de 11 de septiembre, entre otras muchas. Según tal doctrina:

»"[...] puede ser suficiente para pasar el test [...] de admisibilidad y permitir el examen de fondo del recurso, la correcta identificación de determinados problemas jurídicos, la exposición aun indiciaria de cómo ve la parte recurrente el interés casacional y una exposición adecuada que deje de manifiesto la consistencia de las razones de fondo. En tales casos, una interpretación rigurosa de los requisitos de admisibilidad que impidan el acceso a los recursos extraordinarios no es adecuada a las exigencias del derecho de tutela efectiva jurídica



de la sentencia (sentencias 667/2016, de 14 de noviembre, con cita de la 439/2013, de 25 de junio; 2/2017, de 10 de enero y 149/2017, de 2 de marzo)".

En este caso, la parte recurrente plantea una cuestión de naturaleza jurídica, no resuelta y carente de jurisprudencia por parte de esta sala, con criterios divergentes en la llamada jurisprudencia menor de nuestras audiencias, lo que justifica el interés casacional ya apreciado por este tribunal en el trámite de admisión del recurso.

TERCERO.- Consideraciones previas sobre la aplicación de la regla de exclusión de las secuelas concurrentes

La determinación de las secuelas es una cuestión propia de la medicina, pues su constatación requiere conocimientos especializados de los que carecemos los operadores jurídicos, que han de ser aportados al proceso a través de la prueba pericial (art. 335 LEC) y/o documental médica, sin perjuicio claro está de que los dictámenes de tal naturaleza sean valorados por los tribunales conforme a las reglas de la sana crítica, como exige el art. 348 LEC, dichas reglas no son normas que se encuentren codificadas, sino que están conformadas por las más elementales directrices de la lógica y la experiencia a través de las cuales se pretende la consagración de una concepción racionalista de la valoración de la prueba, que permita dictar una sentencia motivada que adopte una decisión justificada conforme a los postulados de la razón (SSTS 141/2021, de 15 de marzo; 514/2023, de 18 de abril y 334/2024, de 6 de marzo, entre otras).

En esta clase de procesos derivados del resarcimiento de los daños producidos por la circulación de vehículos de motor, son dos las razones fundamentales que determinan la necesidad de los informes médicos. En primer lugar, dado el carácter vinculante que, para la cuantificación de los daños personales tiene el baremo que figura como anexo al RDL 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 de motor (art. 33.5 del texto actual vigente); y, en segundo término, por la propia llamada al dictamen médico que hace dicha normativa, cuando señala en el apartado 11 del anexo y concretamente en el marco de los «criterios para la determinación de la responsabilidad y la indemnización», actualmente art. 37.1 de la LRCSCVM, que:

«En la determinación y concreción de las lesiones permanentes y las incapacidades temporales, así como en la sanidad del perjudicado, será preciso informe médico».

Es decir, consciente el legislador de que la mentada cuestión pertenece al ámbito propio de la medicina impone la necesidad de un dictamen de tal naturaleza para la apreciación y cuantificación del daño corporal sufrido por la víctima.

En definitiva, la prueba médica en estos casos radicará en la determinación del estado actual de un sujeto, que sufrió un daño en su patrimonio biológico como consecuencia de un hecho de la circulación, precisando el tiempo de curación de sus lesiones, y, si una vez estabilizadas, restan secuelas con respecto al patrón del hombre normal, en cuyo caso deben ser descritas, informando sobre su intensidad y gravedad, todo ello bajo el marco imperativo del sistema tabular. En definitiva, nos hallamos ante la valoración del daño corporal cuya finalidad radica en precisar las consecuencias que un determinado suceso traumático desencadenó en la integridad psicofísica de una persona.

Ahora bien, debemos de dejar claro un aspecto que merece ser destacado que el perito médico no es un juez, y, por consiguiente, su función fundamental es suministrar al juzgador el máximo de información posible para que éste cuente con los datos necesarios para dictar sentencia. Al abordar tal cuestión, nos pronunciamos en la sentencia 1377/2007, de 5 de enero, cuya doctrina se reproduce en las sentencias 706/2021, de 19 de octubre; 544/2022, de 7 de julio; 129/2024, de 5 de febrero y 1671/2024, de 13 de diciembre, en las que sostuvimos que no puede atribuirse un valor inconcuso a los dictámenes periciales, puesto que: a) la función del perito es la de auxiliar al Juez, ilustrándolo sobre las circunstancias del caso, pero sin privar al juzgador de la facultad de valorar el informe pericial; b) que tal función del juzgador está sujeta a los límites inherentes al principio constitucional de proscripción de la arbitrariedad, al mandato legal de respetar las reglas de la lógica que forman parte del común sentir de las personas y a la obligación de motivar las sentencias.

En segundo lugar, que los dictámenes periciales han de utilizar el baremo como preceptivo instrumento de valoración. De esta manera, se alcanza también una unificación del lenguaje médico que favorece en grado sumo a los operadores jurídicos en supuestos de divergencias periciales, cuya valoración judicial se vería considerablemente complicada si los facultativos empleasen en sus informes distintas terminologías diagnósticas en la definición de las secuelas.

A la hora de llevar a efecto su cometido, el médico está sujeto, por lo tanto, a las reglas de carácter general de aplicación de la Tabla VI y, en lo que ahora nos interesa, a su regla 2, actual art. 97.3 del texto vigente de la LRCSCVM, que dispone:



«Una secuela debe ser valorada una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados de la tabla, sin perjuicio de lo establecido respecto del perjuicio estético. No se valorarán las secuelas que estén incluidas y/o se deriven de otra, aunque estén descritas de forma independiente».

Esta regla pretende evitar el solapamiento de las secuelas para impedir que sean valoradas dos veces. Implica analógicamente llevar al ámbito médico el principio de absorción del concurso aparente de normas jurídicas del derecho penal, en el sentido de que la secuela de mayor entidad absorbe en su puntuación a otras incluidas o que se deriven de ellas. Ya se venía aplicando en la praxis judicial como manifestación de los criterios médicos legales de proporcionalidad y de capacidad restante, y tal principio había sido previamente avanzado por las recomendaciones del comité médico de UNESPA para la aplicación de la Tabla VI.

Una manifestación de tal regla de absorción se encuentra recogida también en propia tabla VI, y así, en la nota del capítulo 4, referido a extremidad superior y cintura escapular se señala: «la puntuación de una o varias secuelas correspondientes a una articulación, miembro, aparato o sistema (en el caso de que sean varias secuelas tras utilizar la fórmula de incapacidades concurrentes) nunca podrá superar a la que corresponda por la pérdida total, anatómica y/o funcional de esta articulación, miembro, aparato o sistema», nota que se reproduce en el capítulo 5.º, referido a extremidad inferior y cadera. Y, de esta manera, un brazo amputado abarca, como es natural, la función del miembro o al menos de la parte amputada. Tras la reforma por Ley 35/2015, de 22 de septiembre, la precitada regla se incorporó al art. 97.4 LRCSCVM.

Igualmente, a lo largo de la tabla se hacen referencias individualizadas a dicho principio, así, por ejemplo, sin ánimo exhaustivo, en el capítulo I de la Tabla VI, relativo a cráneo y encéfalo, dentro de los síndromes neurológicos, consta al catalogar las secuelas: amnesia de fijación o anterógrada (incluida en deterioro de las funciones cerebrales superiores integradas); amnesia de evocación o retrógrada (incluida en el síndrome postconmocional), actualmente en los códigos 01144 y 01145 del nuevo sistema tabular; en síndromes psiquiátricos, la agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil), código vigente 01166.

También, sucede lo mismo en capítulo II, concerniente a tronco, en que, por ejemplo, en abdomen y pelvis (órganos y vísceras), dentro de aparato genital masculino, la desestructuración del pene (incluye disfunción eréctil), actual código 08007.

Si acudimos ahora al capítulo IV, referente a la extremidad superior y cintura escapular, en el apartado hombro, podemos comprobar como en las prótesis total del hombro y prótesis de codo consta (según sus limitaciones funcionales, las cuales están incluidas), lo que se reproduce en las tablas actualmente vigentes códigos 03077 y 03095; en antebrazo y muñeca, extirpación de la cabeza del radio (incluye la limitación funcional); en mano, anquilosis/artrodesis del primer dedo (incluyen el conjunto de las articulaciones), actuales códigos 03120 y 03121.

Si hacemos lo propio con el capítulo V, sobre extremidad inferior y cadera, resulta que, en cadera, la artrosis postraumática (incluye las limitaciones funcionales y el dolor), en la actualidad código 03167; o, en la prótesis total y parcial (según sus limitaciones funcionales, las cuales están incluidas), actualmente según «limitación funcional y dolor», códigos 03173 y 03174; lo mismo sucede con las prótesis de rodilla parcial o total (incluyendo limitaciones funcionales), actualmente según «limitaciones funcionales y dolor» (códigos 03200 y 03201), y, en tobillo, la artrosis postraumática (incluye las limitaciones funcionales y el dolor), actual código 03221.

Podemos terminar esta simple y superficial excursión tabular con la cita del capítulo 6, relativo a médula espinal y pares craneales, en el que encontramos, en el apartado médula, categoría síndrome de cola de caballo: completo (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres) e incompleto (incluye posibles trastornos motores, sensitivos y de esfínteres), actualmente código 01024.

El médico ha de efectuar su dictamen con sujeción a dichas reglas, cuyos postulados, como normas de obligado acatamiento, han de ser igualmente aplicadas por el juez a la hora de valorar las pruebas de tal naturaleza y resolver las divergencias existentes entre los antagónicos informes médicos aportados por las partes al proceso. Por ello, dado el carácter normativo que tiene el baremo su interpretación compete a los órganos jurisdiccionales y, precisamente, por tal circunstancia la vulneración de sus normas tiene acceso a casación.

En definitiva, la utilización del criterio de valoración excluyente, que consagra la mentada regla segunda del baremo, tiene como finalidad que cada lesión permanente sea valorada una sola vez y garantizar de esta forma que una pérdida anatómica, un síntoma, un defecto funcional, no sea doblemente cuantificado en los casos en que una secuela esté incluida o derive necesariamente de otra; ahora bien, tal regla de exclusión tampoco puede convertirse en un mecanismo automático de rechazo de cualquier secuela concurrente, de manera que



una parcela del daño quede sin la correspondiente indemnización en contra de la finalidad del sistema tabular que busca el resarcimiento íntegro del daño, principio actualmente consagrado en el art. 33.1 de la LRCSCVM.

Como señala la STS 1121/2025, de 15 de julio:

«La búsqueda de la indemnidad del perjudicado se convierte de esta forma en pilar fundamental de la regulación de la responsabilidad civil que informa los artículos 1106 y 1902 del CC, y que exige el restablecimiento del patrimonio del perjudicado al estado que tenía antes de producirse el evento dañoso (SSTS 260/1997, de 2 de abril; 292/2010, de 6 de mayo; 712/2011, de 4 de octubre, 247/2015, de 5 de mayo, 420/2020, de 14 de julio).

»En definitiva, la responsabilidad civil pivota sobre el principio de reparación íntegra del daño al que se refiere el preámbulo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de modificación de la LRCSCVM, que norma que la finalidad del nuevo sistema legal es "[l]lograr la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos para situar a la víctima en una posición lo más parecida posible a la que tendría de no haberse producido el accidente".

»En congruencia con ello, el art. 33 de dicha disposición general, en su nueva redacción, se refiere al principio de reparación íntegra y al de vertebración del daño como los dos principios fundamentales del sistema para la objetivación de su valoración y, con respecto al primero de ellos, se dice que tiene como finalidad «asegurar la total indemnidad de los daños y perjuicios padecidos».

Es fundamental, por consiguiente, tener en cuenta, para la aplicación del principio de exclusión, si en los criterios valorativos de una secuela forma parte la intensidad o gravedad de la otra concurrente, puesto que si una de ellas se emplea para apreciar la intensidad de la otra y fijar su puntuación es que son incompatibles entre sí para evitar la doble cuantificación del daño efectivamente sufrido.

Así sucede, por ejemplo, en el capítulo V del baremo aplicable al siniestro objeto del presente proceso, en el que, por ejemplo, en el apartado cadera resulta que la artrosis postraumática (incluye las limitaciones funcionales y el dolor), en la actualidad código 03167; o en la prótesis total y parcial (según sus limitaciones funcionales, las cuales están incluidas), actualmente, además, según limitación funcional y dolor (códigos 03173 y 03174), casos en los cuales dichas limitaciones o algias no pueden ser doblemente valoradas.

No olvidemos tampoco que una misma secuela puede curar sin dolor o con dolor (algias), aunque ambas tengan el mismo mecanismo causante derivado de un traumatismo de tráfico.

CUARTO.- *La decisión del recurso*

A los efectos del presente recurso, hemos de partir de las consideraciones siguientes.

En primer término, que las sentencias de ambas instancias se fundamentan en el informe pericial forense, por lo que, de pretender incluir secuelas distintas a las que figuran en dicho dictamen, la vía para su consideración sería impugnar la valoración probatoria realizada por los órganos jurisdiccionales de instancia, lo que constituye un remedio excepcional que exigiría la interposición de un recurso extraordinario por infracción procesal al amparo del art. 469.1. 4 de la LEC, por atentado al canon de racionalidad que impone el art. 24.1 CE (SSTS 31/2020, de 21 de enero; 144/2020, de 2 de marzo; 298/2020, de 15 de junio; 674/2020, de 14 de diciembre; 681/2020, de 15 de diciembre; 59/2022, de 31 de enero; 391/2022, de 10 de mayo; 544/2022, de 7 de julio; 653/2022, de 11 de octubre; 847/2022, de 28 de noviembre; 217/2023, de 13 de febrero, 865/2025, de 2 de junio; 1521/2025, de 30 de octubre; 1729/2025, de 26 de noviembre, y 64/2026, de 26 de enero, entre otras muchas).

Esta vía no fue la elegida por el recurrente, sino la del recurso de casación, que exige el respeto a los hechos declarados probados, sin que dicho medio de impugnación consista en una tercera instancia (SSTS 1590/2024, de 26 de noviembre; 76/2025, de 14 de enero, 865/2025, de 2 de junio, 1521/2025, de 30 de octubre; 1634/2025, de 13 de noviembre, y 64/2026, de 26 de enero, entre otras muchas, por citar algunas de las más recientes), siendo otra cosa la valoración jurídica que sí cabe cuestionar por medio de este último recurso (por todas STS 1254/2025, de 16 de septiembre).

Lo anteriormente expuesto tiene trascendentes consecuencias, puesto que, en dicho informe forense, no consta la limitación en la movilidad de la columna toraco-lumbar en grado medio, ni parestesias bilaterales e hipoestesia en área cubital de mano y antebrazo secundaria a atrapamiento del nervio cubital, sino lesión de dicho nervio secundaria a radiculopatía, y, por otra parte, en cuanto al hombro doloroso, al ser el que provoca la limitación de la movilidad, como consta en las sentencias recurridas, no cabe la valoración por separado. Tampoco aparece en el dictamen forense la afectación de las vértebras cervicales.

Ahora bien, es cierto que una fractura T4 y L5 pueden curar sin algias, aunque impliquen una alteración estructural de dicha región anatómica susceptible de ser indemnizada. En este caso, además, el criterio de



valoración tabular se lleva a efecto en función de que la fractura acúñamiento anterior/aplastamiento sea menor de 50 por ciento de la altura de la vértebra (1-10 puntos) o más del 50% de la altura de la vértebra (10-15 puntos); por lo tanto, las algias postraumáticas son susceptibles de ser valoradas separadamente, ya que no puede merecer el mismo tratamiento resarcitorio quien padezca un dolor crónico como consecuencia de dichas lesiones anatómicas con respecto a quien no lo sufra, dado que prescindir de tal diferencia supondría una desigualdad de trato y un atentado al principio de reparación íntegra del daño; por supuesto, distinta sería la solución procedente cuando la valoración de la gravedad de la secuela exigiese ponderar el dolor sufrido.

Por ello, son susceptibles de cuestionarse las secuelas de dorsalgia secundaria lesión T4: 8 puntos, y fractura aplastamiento L5: 10 puntos, del informe médico forense, en el que se señala que esta última secuela incluye dolor lumbar y las parestesias en miembros inferiores; es decir, que el médico forense reconociendo las secuelas las valoró conjuntamente en vez de hacerlo por separado, con lo que lleva razón la parte recurrente en cuanto lo procedente es su apreciación como lesiones permanentes distintas con su específica puntuación.

Ahora bien, las referidas secuelas se encuentran valoradas en la Tabla VI, de la manera siguiente: fractura acúñamiento anterior/aplastamiento: menos de 50 por ciento de la altura de la vértebra: 1-10 puntos; algias postraumáticas sin compromiso radicular: 1 a 5 puntos, y las parestesias en miembros inferiores 1-3 puntos. Con lo que la puntuación dada por la sentencia recurrida a tales secuelas, aunque sea a través de una ponderación conjunta, sin discriminación tabular, entra en el marco de una puntuación por separado.

Máxime si tenemos en cuenta que la fractura aplastamiento L5, según informe de la sanidad pública, se produjo «sin aparente invasión del canal, ni gran acúñamiento» (anexo 3 del informe pericial del recurrente), y tampoco contamos con criterios médicos bastantes para valorar la fractura T4 en la máxima puntuación cuando además no se diagnosticó inicialmente, sino meses después en RMN de 14 de noviembre de 2014, sin lesión medular y cuando el forense al puntuarla tiene en cuenta el dolor.

Por todo ello, conforme a la doctrina de la equivalencia de resultados, y carencia de efecto útil «no puede producir efecto casacional un motivo que no determine una alteración del fallo recurrido» (SSTS 1144/2007, de 22 de octubre y 201/2026, de 11 de febrero), ni procede acoger un recurso cuando, «pese al fundamento de alguno de los motivos que lo sustentan, el fallo deba ser mantenido con otros argumentos» (SSTS 440/2012, de 28 de junio; 652/2015, de 20 de noviembre, 134/2016, de 4 de marzo, 261/2016, de 20 de abril, 374/2016, de 3 de junio, 721/2016, de 5 de diciembre, 145/2017, de 1 de marzo, 52/2018, de 1 de febrero, 161/2018 de 21 marzo; 41/2019, de 22 de enero y 201/2026, de 11 de febrero, entre otras muchas).

Por todo ello, el recurso no debe ser estimado.

QUINTO.- Costas y depósito

1.-De conformidad con lo previsto en art. 398.1 LEC, al haberse desestimado el recurso interpuesto, las costas deben imponerse a la parte recurrente.

2.-Procede decretar la pérdida del depósito constituido para recurrir según el apartado 9 de la disposición adicional 15.ª de la LOPJ.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta sala ha decidido :

1.º-Desestimar el recurso de casación interpuesto contra la sentencia 512/2020, de 17 de diciembre, dictada por la Sección Sexta de la Audiencia Provincial de Sevilla en el rollo de apelación 2540/2019.

2.º-Todo ello con imposición de costas a la parte recurrente y pérdida del depósito constituido para recurrir.

Líbrese al mencionado tribunal la certificación correspondiente, con devolución de los autos y del rollo de Sala.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.