

**INDEMNIZACIÓN DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICO-HOSPITALARIA  
POSTERIORES AL ALTA EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN\***

**STS, Sala 1ª, 13 enero 2017 (RJ 2017, 15213)**

*Pilar Domínguez Martínez\*\**  
*Profesora Contratada Doctora de Derecho Civil*  
*Centro de Estudios de Consumo*  
*Universidad de Castilla - La Mancha*

*Fecha de Publicación: 3 de Octubre de 2017*

Llamativa es la STS (Sala 1ª) 13 enero 2017 (RJ 2017, 15213), que resuelve un supuesto relacionado con la reclamación de gastos médicos futuros de un lesionado por accidente de circulación después de la entrada en vigor de la Ley 21/2007, de 12 de julio y antes de la entrada en vigor de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre.

## **1. Introducción**

Transcurrido más de un año desde la entrada en vigor de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma de la LRCSCVM sobre valoración de los daños personales derivados de accidentes de circulación, resulta sorprendente la solución dada por la presente sentencia del Tribunal Supremo, máxime, la indemnización de estos gastos fruto de la negociación extrajudicial, la consolidación jurisprudencial de la doctrina, seguida por sentencias de la jurisprudencia menor que ya reconocían de forma

---

\* Trabajo realizado en el marco del Programa de Iniciación a la Investigación de la UCLM cofinanciado por FSE [2015/6084], y con la ayuda de financiación al Grupo de investigación del Prof. Ángel Carrasco Perera de la UCLM, Ref.: GI20142888.

\*\* ORCID ID: 0000-0002-1589-4487.

contundente la indemnización de los gastos médicos, de medicación y de material fungible, posteriores al alta clínica.

Aunque resulta subrayable la valoración que la misma sentencia hace sobre el nuevo sistema favorable a tal indemnización, sin embargo, no lo considera de aplicación, por tratarse de una normativa no vigente al tiempo del accidente, siendo aplicable la reforma operada por la Ley 21/2007.

Quizás, la vigencia de la norma al tiempo de la sentencia justificaría, como ha dicho el TS en muchas ocasiones que la realidad social del tiempo de aplicación de las leyes debiera ser tenida en cuenta cuando las mismas deban ser interpretadas. Pero aún más, el principio de indemnidad, la doctrina jurisprudencial dominante y la práctica extrajudicial, hubieran requerido el reconocimiento de la indemnización de estos gastos.

## **2. Contextualización**

El Tribunal Supremo desestima el recurso presentado por una aseguradora que reclamaba que el Consorcio de Compensación de Seguros le abonara los gastos médicos generados como consecuencia del accidente ocurrido. Los hechos que motivaron la reclamación por parte de la aseguradora son los gastos generados por su asegurado como consecuencia de un accidente de tráfico ocurrido en 2009. La sentencia del Tribunal Supremo analiza si los gastos correspondientes al tratamiento médico recibido por el asegurado, abonados por la aseguradora, y generados más allá de la estabilidad de las lesiones son o no indemnizables. Debe decirse que tanto el Juzgado de Primera Instancia de Valencia como la Audiencia Provincial de Valencia, desestimaron la demanda presentada por la aseguradora, estableciendo que deben ser gastos a los que debe hacer frente la misma y no el Consorcio de Compensación de Seguros, resultando tal decisión confirmada por el Tribunal Supremo.

La Ley 21/2007, de 12 de julio que modificó la LRCSCVM para adaptar al Ordenamiento Jurídico español la Quinta Directiva de Automóviles, introdujo también reformas, como la limitación de los gastos médicos hasta la estabilización de las secuelas.

De este modo, en el Anexo 1º nº 6 de la LRCSCVM establecía que “Además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la sanación o la consolidación de las secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada”.



La justificación de esta determinación vino dada por tratarse de gastos necesarios mientras existieran posibilidades terapéuticas de recuperación, no tras la estabilización de las secuelas, al no ser necesarios los mismos. En estos casos serían necesarios por ejemplo, los gastos de ayuda de tercera persona.

No obstante, la existencia incluso de grandes lesionados, que después de la consolidación de las secuelas y sin posibilidades de recuperación, necesitaban la asistencia médica para mejorar la calidad de vida y evitar un empeoramiento de su estado de salud, dieron lugar a resoluciones judiciales favorables al reconocimiento de gastos médicos futuros a grandes lesionados, frente a la negativa de la asunción de estos gastos por las compañías aseguradoras<sup>1</sup>.

Por esta razón, y a pesar de la limitación legal establecida por la Ley 21/2007, de 12 de julio, ha sido frecuente en la práctica, la negociación extrajudicial de estos gastos médicos entre las aseguradoras y las víctimas, no obstante, la negativa por parte del sector asegurador a indemnizar estos gastos, concebidos como gastos de recuperación del lesionado, no siendo indemnizables los posteriores a la consolidación de las secuelas, pues en tales casos, la indemnización requerida lo sería en concepto de gastos por ayuda de una tercera persona.

Esta situación se mantuvo hasta la promulgación de la relevante Ley 35/2015, de reforma de la LRCSCVM en la valoración de los daños personales derivados de accidentes de circulación, que consagra para lesionados graves, no sólo el pago de gastos médicos futuros, sino también otros gastos médicos futuros relacionados con estos, como son las ayudas técnicas, rehabilitación domiciliaria, etc.

Presupuesto este contexto, resulta llamativa la presente STS (Sala 1ª) 13 enero 2017 (RJ 2017, 15213) que resuelve un supuesto relacionado con la reclamación de gastos médicos futuros de un lesionado por accidente de circulación después de la entrada en vigor de la Ley 21/2007, de 12 de julio, el día 4 de noviembre de 2009, de una compañía aseguradora (AXA) al CCS, “Conforme a la doctrina sentada por nuestro más Alto Tribunal, la fecha del siniestro, determina el régimen legal aplicable debiendo estar, por tanto, al 4 de diciembre de 2009. Y a tal fecha, conforme al Primer criterio, apartado 6, del Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que introduce como Anexo el Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor (RCL 2004, 2310), además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica,

---

<sup>1</sup> MEDINA CRESPO, M., “Seguro obligatorio de automóviles: elevación de coberturas, congelación del valor de los daños amparados”, *Actuarios*, Instituto de Actuarios Españoles, nº 27, 2008, p. 52.



farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la sanación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada. Y si bien es cierto que el Tribunal Supremo ha sentado la doctrina de que el lucro cesante por disminución de ingresos de la víctima en caso de incapacidad permanente no es susceptible con arreglo al Sistema de valoración de ser resarcido íntegramente, pero sí de ser compensado proporcionalmente mediante la aplicación de elementos correctores más allá de lo que pueda resultar de la aplicación de los factores de corrección por perjuicios económicos y por incapacidad permanente cuando concurren circunstancias que puedan calificarse de excepcionales, sin necesidad, en tal caso, de limitarlo a los supuestos de prueba de la culpa relevante por parte del conductor, doctrina que parte de considerar que el Sistema legal de valoración del daño corporal está integrado por normas que deben interpretarse con arreglo a los principios del ordenamiento, entre estos, el de la total indemnidad del perjuicio sufrido. No lo es menos que en el presente supuesto, tratándose de daños derivados de asistencia médica, expresamente prevé el Legislador, en el invocado párrafo 6, tras la reforma operada por el artículo 1 de la Ley 21/2007, de 12 de julio SIC (RCL 2007, 1355) , que se abonarán los generados hasta la consolidación de las secuelas. Y hallándonos en el estricto ámbito del seguro obligatorio de vehículos de motor, por cuanto es demandado el Consorcio de Compensación de Seguros como Fondo Nacional de Garantía, conforme al artículo 11.1 e) del Texto Refundido invocado, al hallarse la Aseguradora del autobús 1715 BLL en proceso de Liquidación sumida por el propio Consorcio, la Sentencia que desestima la condena al abono de gastos médicos generados para atención de las secuelas más allá de su consolidación, ha de ser confirmada. Y sin que a ello sea obstáculo que el Consorcio con posterioridad al alta Forense que fija la estabilización de las gravísimas secuelas, abonara 4.229,60 euros, considerando que el alta se produce el 17 de mayo de 2011 y de los 7.712,87 euros que importa la asistencia de mayo se abona por el Consorcio la parte proporcional correspondiente a esos 17 días hasta estabilización”.

Dentro de las cantidades a indemnizar por el Consorcio de Compensación de Seguros (CCS) se encuentran los gastos médicos que los lesionados hayan tenido que asumir, si bien siempre dentro de los límites establecidos por la normativa que sobre la cuantificación de estos daños, estuviera vigente al tiempo del accidente circulatorio que provocó el daño. Es por ello que la resolución desestimatoria dictada tanto el Tribunal Supremo en la presente sentencia, confirmando la de la Audiencia y la del Tribunal de primera instancia sobre la indemnización de los gastos médicos generados como consecuencia del accidente ocurrido a su asegurado, con posterioridad a la fecha de estabilización de las lesiones, aun cumpliéndose el supuesto de hecho analizado y consolidada la jurisprudencia anterior, la práctica extrajudicial, los reclamos de la



doctrina y aún más la nueva normativa cuantificadora del daño, se fundamenta en la aplicación de la legislación vigente al tiempo del accidente, es decir la Ley 21/2007, de 12 de julio que modificó la LRCSCVM, con ocasión de la adaptación al Ordenamiento Jurídico español la Quinta Directiva de Automóviles, que consagró la limitación de los gastos médicos hasta la estabilización de las secuelas.

### **3. Gastos médicos en la LRCSCVM anterior a la Ley 35/2015, de 22 de septiembre**

Estos gastos, al igual que los de entierro y funeral, constituyen la partida más relevante de la “pérdida sufrida” o “daño emergente” de que habla el art. 1º.2 LRCSCVM y el ap. 2º, letra a) de su Anexo (explicación de la Tabla II, “in fine”), en la que se decía que las indemnizaciones por la aplicación de los factores de corrección son satisfechos separadamente, “y además de los gastos correspondientes al daño emergente, esto es, los de asistencia médica y hospitalaria y los de entierro y funeral”.

Este tipo de gastos estaba cubierto por el seguro obligatorio en la cuantía necesaria hasta la sanación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada. Esta previsión se recogía en el art. 12.1.c) del RRCSCVM de 2001, pero que se trasladó al texto de la Ley, concretamente al apartado del Anexo anteriormente citado, por la Ley 21/2007, de 11 de julio. Como ha sido señalado, esta previsión fue objeto de muchas críticas, puesto que la necesidad de atención médica puede extenderse más allá de la sanación o consolidación de las secuelas, de forma que los gastos posteriores debían resultar cubiertos por el seguro obligatorio.

Como ha quedado dicho, se aprovechó la adaptación de la 5ª Directiva para la introducción de la regla 6ª del Anexo, según la cual “además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la sanación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo a la naturaleza de la asistencia prestada”<sup>2</sup>.

Esta regulación ocasionó situaciones injustas en la práctica, fundamentalmente en el caso de los grandes lesionados, quienes, no obstante la consolidación de sus secuelas, seguían necesitando la asistencia médica y farmacéutica. Entre otros, MEDINA CRESPO, criticó la previsión al tratarse de “una norma descabellada, que constituye

---

<sup>2</sup> vid. REGLERO CAMPOS, F.: “Capítulo IV: Valoración de daños corporales. El sistema valorativo de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro de Vehículos a Motor», actualizado por DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P. en REGLERO CAMPOS, F y BUSTO LAGO, J. M., (Coords.), *Tratado de responsabilidad civil*, Tomo I, 5ª ed., Thomson Reuters Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2014, pp. 553-556).



un atentado flagrante al principio de la reparación íntegra que consagra explícitamente el inciso segundo de la regla general 7ª, de tal manera que se genera ahora una auténtica antinomia entre un mandato de reparación parcial y un mandato de reparación total que sólo puede solucionarse con criterios axiológicos, imponiéndose la regla general sobre la sectoria, correspondiendo privativamente a la jurisdicción adoptar tal decisión por insertarse en el ámbito interpretativo de la legislación ordinaria. Se evitará que el lesionado tenga que pagarse sus facturas con el precio-indemnización. De su dolor, es decir, con la suma que se proporcione para resarcir sus estrictos perjuicios personales”<sup>3</sup>.

En este punto, resulta significativa la STS 22 noviembre 2010 (RJ 2011, 1310) que determina la posibilidad de reclamar los gastos médicos y hospitalarios futuros, surgidos después de la sanidad, siempre que tengan una relación de causalidad con el siniestro. Para llegar a esta decisión, el Tribunal Supremo considera aplicable la doctrina consagrada por la STS (Sala 1ª) 25 marzo 2010 (RJ 2010, 1987), de forma que si el lucro cesante por disminución de ingresos de la víctima en los casos de incapacidad permanente no puede ser indemnizado íntegramente, puede ser compensado proporcionalmente mediante la aplicación del factor de corrección por elementos correctores por encima de lo que resulte de la aplicación de los factores de corrección por perjuicios económicos y por incapacidad permanente cuando concurren circunstancias que puedan calificarse de excepcionales.

Concretamente, esta sentencia considera esencial la literalidad de la regla sexta del apartado Primero del Anexo, en la redacción vigente a fecha en que sucedieron los hechos, fundamentado, a partir de las SSTS (Sala 1ª) de 17 de abril de 2004 (RJ 2004, 3359), 9 julio 2008 (RJ 2008, 5504) 10 julio 2008 y 23 julio 2008 (RJ 2008, 4619), 18 de septiembre de 2008, 30 de octubre de 2008, 18 de junio de 2009, 29 de septiembre de 2010 (RJ 2010, 7151), y 17 de diciembre de 2010 (RJ 2011, 1555), según las cuales, 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).

Relevante es, asimismo, la remisión que la STS 8 junio 2011 (RJ 2011, 4401) hace en el FD 4º, a los Principios de Derecho Europeo de Responsabilidad Civil, “que consideran daño patrimonial resarcible toda disminución del patrimonio de la víctima

---

<sup>3</sup> MEDINA CRESPO, M.: “Seguro de automóviles: elevación de coberturas, congelación del valor de los daños amparados”, *Actuarios*, Instituto de Actuarios Españoles, nº 27, junio 2008, p. 52.



causada por el evento dañoso y, al referirse a la indemnización del dicho daño corporal, establecen 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, sólo los gastos ya devengados en el momento de la «sanación o consolidación de secuelas»).

En definitiva, resulta sorprendente la solución dada por la sentencia comentada, máxime la consolidación jurisprudencial de la doctrina indicada, seguida por sentencias posteriores, por ejemplo, la STS (Sala 1ª) 6 noviembre 2014 (RJ 2014, 5678) que reconoce de forma contundente la indemnización de los gastos médicos, de medicación y de material fungible, posteriores al alta clínica. Aún más, esta doctrina encuentra una gran proyección en la jurisprudencia menor<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Entre otras, conforme a la SAP Valencia (secc. 8ª) 20 abril 2011 (JUR 2011, 282083) se reconocen indemnizables los gastos médicos que tengan una relación de causalidad con el accidente de circulación. Por ello no se reconoce objeto de resarcimiento el segundo tratamiento médico realizado un año después del accidente al no quedar acreditado que tenga su origen en el siniestro. Asimismo, se reconoce derecho a indemnización en la SAP Murcia (secc. 1ª) 25 octubre 2011 (JUR 2011, 5120). Según la Audiencia, “en cuanto a los gastos médicos los estimamos acreditados, pues incluso en uno de los partes emitidos por el médico forense, en concreto el de fecha 16 junio 2005, se recoge que en ese momento está en tratamiento rehabilitador, de lo cual se desprende su necesidad y el hecho de que efectivamente se le estaba aplicando dicho tratamiento, compadeciéndose dicha afirmación con lo recogido en el documento nº 8 traído junto con la demanda (folio 30) sobre las fechas de las lesiones de fisioterapia, y si bien es cierto de que el día nueve de junio era la fiesta de la Comunidad, ello no desacredita dicho documento ni el hecho que en sí refleja, donde lo relevante es el número de sesiones facturadas, no siendo extraño, por otro lado, que una vez dado el alta se sigan dando sesiones por persistir algunas molestias y sin que tampoco sea extraño que se pase consulta una vez dado el alta para determinar el resultado de la rehabilitación aplicada y establecer si precisa más”. Relevante en este sentido es la SAP Granada 30 junio 2011 (JUR 2011, 355894) que condena a la aseguradora a pagar por gastos médicos futuros a través de una pensión vitalicia. También la SAP Jaén 14 marzo 2012 (JUR 2012, 244836) reconoce a la víctima el derecho al resarcimiento de los gastos médicos futuros después de la estabilización de las secuelas pues “según el criterio o regla 6ª del apartado primero del Anexo, los gastos de asistencia médica y hospitalaria se han de satisfacer en todo caso, además, esto es, con independencia, de la indemnización que con arreglo a las tablas procede conceder por el resto de conceptos indemnizatorios, 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. Por tanto, se 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



En parecido sentido, y con apoyo en la citada STS 22 noviembre 2010 (RJ 2011, 1310), se reconoce la posibilidad de indemnización de los gastos médicos futuros en la SAP Ciudad Real (secc. 2ª) 4 octubre 2012 (ARP 2012, 1177) siempre que quede acreditado “su nexo causal con el siniestro y cuando 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”. Sin embargo, esta sentencia no los reconoce, al no haberse justificado su inmediata necesidad, ni “su importe al tiempo que señala que exceden de los términos de una condena de futuro, artículos 219 y 220 de la LEC”. En este punto, señala la Sala: “Es verdad como apunta el recurrente y no niegan los responsables civiles que como consecuencia de las lesiones sufridas por el accidente es más que probable que el perjudicado precise una prótesis total de cadera, cuya implantación, por motivos terapéuticos, debe retrasarse todo lo posible. En ese contexto, huelga decir que concurre el referido nexo causal y que con las inseguridades propias de los daños futuros, es lógico y razonable pensar que se van a producir, si bien se desconoce su alcance y cuantía. De esos extremos nada se ha demostrado, es más ni siquiera se ha establecido una valoración económica justificativa de la pretensión. Simplemente se limita la parte a pedir una cantidad alzada bajo el argumento de no tener que acudir a un procedimiento ulterior lo que se contradice con el hecho de que expresamente se reserve para uno tanto la reclamación de la indemnización correspondiente a la puntuación que ello le ocasione como la posibilidad de que una vez agotada esa cifra pueda seguir interesando otras para la sustitución de las sucesivas prótesis, lo que indudablemente revela que no existe razón alguna en este instante máxime cuando nada se ha acreditado para concederle una cantidad alzada por ese concepto. Cuestión diferente es que existiendo, indudablemente, nexo causal entre la necesidad de implantar en un futuro más o menos próximo la referida prótesis resulte innecesario remitir a la parte a un procedimiento para sufragarlas, de ahí que se acepte la pretensión subsidiaria de que se satisfagan en ejecución de sentencia bien vía artículos 712 y siguientes de la LEC,

---

la pérdida de salud que conlleva el menoscabo psicofísico sufrido”. La misma Sala, en SAP Jaén (secc. 1ª) 12 febrero 2013 (JUR 2013, 200734), citando varias del Tribunal Supremo, establece que “ningún precepto legal ni doctrina jurisprudencial exime a la aseguradora del pago de los gastos médicos y de rehabilitación que traigan causa en el accidente, ni autoriza esa interpretación de la cobertura del seguro”. En este sentido, la SAP Cáceres (secc. 1ª) (JUR 2007, 45699), se refiere a la improcedencia de la posibilidad de compensar la cantidad por gastos médicos: “las aseguradoras vienen obligadas a abonar dichos gastos por el Convenio de Asistencia Sanitaria, no pudiendo repercutir dicho gasto sobre la indemnización que reciba la víctima del accidente, citando al efecto la sentencia 409/2004 de esta Sala”. Por su parte, de igual modo, se reconoce la indemnización de los gastos por la asistencia médica ya dispensada o que se dispensará en lo sucesivo al lesionado en la SAP Madrid (secc. 25ª) 9 marzo 2012 (JUR 2012, 117194).



o 794.1 de la LEC”.

Todo ello confirma, como a pesar de la limitación legal establecida por la Ley 21/2007, de 12 de julio, ha sido frecuente además de la negociación extrajudicial de estos gastos médicos entre las aseguradoras y las víctimas, los pronunciamientos judiciales favorables a tal resarcimiento, fundamentado sobre todo en la doctrina del Tribunal Supremo basada según la presente STS 13 enero 2017, en que “el lucro cesante por disminución de ingresos de la víctima en caso de incapacidad permanente no es susceptible con arreglo al Sistema de valoración de ser resarcido íntegramente, pero sí de ser compensado proporcionalmente mediante la aplicación de elementos correctores más allá de lo que pueda resultar de la aplicación de los factores de corrección por perjuicios económicos y por incapacidad permanente cuando concurren circunstancias que puedan calificarse de excepcionales, sin necesidad, en tal caso, de limitarlo a los supuestos de prueba de la culpa relevante por parte del conductor, doctrina que parte de considerar que el Sistema legal de valoración del daño corporal está integrado por normas que deben interpretarse con arreglo a los principios del ordenamiento, entre estos, el de la total indemnidad del perjuicio sufrido”.

No obstante esta tendencia doctrinal, existían algunas sentencias que negaban esta indemnización. Entre otras, la STS 20 julio 2009 (RJ 2009, 3161) de forma rotunda señala que en ningún caso serán indemnizables los gastos futuros, pues no pueden ser objeto de una condena de futuro. Tampoco se reconocía la indemnización de los gastos médicos posteriores a la sanidad fijada por el forense que se produjo sin secuelas en la SAP Huesca (secc. 1ª) 19 julio 2010 (JUR 2010, 387883). Asimismo, la SAP Baleares (Sec. 4ª) 29 julio 2014 (JUR 2014, 253771) (FD 8º) que interpreta de forma literal la Regla 6ª del Anexo de la LRCSCVM, rechazando la indemnización de los gastos médicos futuros, si bien se reconocen los derivados en concepto de ayuda de tercera persona. Según la Sala “La regla 6ª del Anexo de la Ley Sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, al ser aprobada dicha Ley por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, indicaba lo siguiente: “6ª. Además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica y hospitalaria y, además, en las indemnizaciones por muerte, los gastos de entierro y funeral.”

Actualmente, conforme se indica en la sentencia de instancia, tras la reforma operada por Ley 21/2007 la mencionada regla 6ª establece que “además de las indemnizaciones fijadas con arreglo a las tablas, se satisfarán en todo caso los gastos de asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria en la cuantía necesaria hasta la sanación o consolidación de secuelas, siempre que el gasto esté debidamente justificado atendiendo la naturaleza de la asistencia prestada”.



En el informe aportado por la parte actora con la demanda emitido por el doctor Don. Ovidio se indica que "debemos considerar alcanzada la estabilización lesional en coincidencia total con el criterio Médico-Forense (las cifras medias ofrecidas por la bibliografía internacional, para estos lesionados, se sitúan hasta un máximo de 12-24 meses, por lo que la cifra indicada por la médico-forense, es incluso inferior a lo habitual en estos casos). Estabilidad lesional=241 días."

Por otra parte, tal y como se indica también en la sentencia de instancia, el factor corrector por necesidad de ayuda de tercera persona dispone que "se asimilan a esta prestación el coste de la asistencia en los casos de estados de coma vigil o vegetativos crónicos".

Es por todo ello que resulta sorprendente un pronunciamiento como este, máxime el transcurso de más de un año de la entrada en vigor de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que abierta y pormenorizadamente reconoce la indemnización de estos gastos como queda expuesto a continuación.

En efecto, la presente sentencia, dispone que no obstante la tendencia doctrinal favorable al resarcimiento justificada por el principio de indemnidad "No lo es menos que en el presente supuesto, tratándose de daños derivados de asistencia médica, expresamente prevé el Legislador, en el invocado párrafo 6, tras la reforma operada por el artículo 1 de la Ley 21/2007, de 12 de julio SIC (RCL 2007, 1355), que se abonarán los generados hasta la consolidación de las secuelas".

Vigente la importante modificación operada por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, al tiempo de la sentencia pero no al tiempo del accidente, en la que regiría la anterior aplicable, con la reforma operada por la citada Ley 21/2007, presupuesta la fecha del siniestro, justificaría, como ha dicho el TS en muchas ocasiones que la realidad social del tiempo de aplicación de las leyes debe ser tenida en cuenta cuando las mismas deban ser interpretadas. Pero aún más, el principio de indemnidad, la doctrina jurisprudencial dominante y la práctica extrajudicial, hubieran requerido el reconocimiento de la indemnización de estos gastos.

Aún más, como ha sido dicho anteriormente y teniendo en cuenta la relevante STS 8 junio 2011 (RJ 2011, 4401), según subrayó REGLERO CAMPOS, tales gastos, según el núm. 6 del ap. 1º del Anexo, "se satisfarán *en todo caso*". La expresión subrayada produce una colisión con lo que se dispone en el número siguiente, en el que también se mencionan estos gastos, y se hace para extender a ellos el factor corrector de disminución consistente en la "conurrencia de la propia víctima en la producción del accidente". Esta última regla y la expresión "en todo caso" son absolutamente



antitéticas. La expresión “en todo caso” supone excluir las excepciones, de forma que los gastos de asistencia médico-hospitalaria deben ser satisfechos, incluso aunque no exista obligación de indemnizar por otros conceptos. Pero si esta expresión figura en un texto legal, es que la previsión normativa tiene un alcance prácticamente absoluto<sup>5</sup>. En consecuencia, según XIOL, tal expresión permite una interpretación extensiva de la obligación de abonar este tipo de gastos, así como los de entierro y funeral, de forma excepcional, sin limitación alguna, ni compensación de ningún tipo. Es decir, dicha expresión supone entender que excepcionalmente, respecto de estos gastos el importe de la indemnización se corresponde con el del valor real del daño sin límite alguno<sup>6</sup>. Por tanto no deberían aplicarse las causas de exoneración de responsabilidad, ni las exclusiones de cobertura, incluyendo las que afectan al conductor. Además puede confirmarse con lo establecido en los Convenios de asistencia sanitaria, que prevén, que, con excepción de los conductores de ciclomotores, motocicletas y asimilables, la entidad aseguradora de cada vehículo se haga cargo de los gastos médico-hospitalarios, incluyendo los del conductor

Constituye una circunstancia fundamental para la correcta fijación de la cantidad indemnizatoria por este concepto la constituye la determinación del momento en el que el lesionado sana de sus lesiones o causa alta de forma definitiva. La situación de sanidad no implica que el lesionado haya curado de forma total y absoluta de sus lesiones, físicas o psíquicas, sino de que haya llegado a un estadio tal de su evolución que permita concluir que ha alcanzado un estado prácticamente definitivo, con independencia de la existencia de secuelas, que dará lugar a la indemnización por los correspondientes conceptos de invalidez permanente o perjuicio estético, según la SAP de Cuenca de 11 febrero 2004 (AC 2004, 708), según la cual lo determinante es el “momento en que ha de entenderse alcanzada la "sanidad" o situación de alta, sin perjuicio de la persistencia de secuelas que, en ciertos casos, pueden requerir de un particular tratamiento o seguimiento. Así, hablamos de sanidad o, para ser más precisos, cese de la situación de incapacidad temporal, a partir del momento en el cual se ha alcanzado la estabilización lesional (...).

Por tanto, a partir de la fecha en que se consideran estabilizadas las lesiones no puede seguir considerándose a la paciente en situación de incapacidad temporal, lo que no significa negar, naturalmente, que después de esa fecha haya seguido (...) recibiendo tratamiento para procurar una mejora o, incluso, remisión total, de las secuelas que en la fecha de "sanidad" presentaba”. Es por ello que según la STS 29 julio 2013 (RJ 2013, 5924), los tratamientos neurológicos y psicológicos seguidos posteriormente

---

<sup>5</sup> REGLERO CAMPOS, F.: Ob. cit. pp. 555-556.

<sup>6</sup> XIOL RIOS, J.A.: “Proyecto de Ley sobre Supervisión de los Seguros Privados. Limitación de las Indemnizaciones”, *Revista de Responsabilidad Civil, Circulación y Seguro*, 1995, mayo, p. 308.

para paliar y mejorar las secuelas no forman parte del proceso de alta médica de curación de las lesiones debiendo computarse como días no improductivos.

A nuestros efectos, y para la determinación de qué normativa legal y qué baremo será de aplicación en aquellos casos en que la curación o estabilización de las lesiones se produzca en un año diferente al del siniestro, recordemos que es doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo (Sentencias TS, Sala 1ª, 429 y 430/2007, de 17 de abril, y 782/2008, de 23 de Julio) que los daños sufridos quedan fijados de conformidad con el régimen legal vigente en el momento de la producción del hecho que ocasiona el daño, y deberán ser económicamente valorados, a los efectos de determinar el importe de la indemnización procedente, al momento en que se produce el alta definitiva del perjudicado.

La Ley 35/2015, de 22 de septiembre, recoge de manera expresa en sus artículos 38 y 40 que, para su aplicación, el momento de determinación de la edad de la víctima y de los perjudicados, así como de sus circunstancias, será el de la fecha del accidente, y que los conceptos perjudiciales indemnizables, los criterios para su determinación y demás elementos relevantes para la aplicación del sistema serán los vigentes a la fecha del hecho que determina el daño producido, con la correspondiente actualización al año en que se determine el importe por acuerdo extrajudicial o por resolución judicial.

En definitiva, la regulación legal aplicable sería la del momento en que acaecieron los hechos que originan el daño, y la actualización de las cuantías será sobre esa regulación la correspondiente al año de determinación del importe.

#### **4. Los gastos de asistencia médico-hospitalaria en la LRCSCVM después de la Ley 35/, de 22 de septiembre**

Una vez expuesto el régimen vigente a la fecha del accidente comentada, resulta necesaria una referencia sobre las principales novedades que entorno al daño emergente han quedado consagradas en la nueva regulación, máxime la fecha de la Sentencia, cumplido un año de la entrada en vigor de la normativa en los casos de secuelas o incapacidades permanentes, y en particular los gastos médicos, farmacológicos, psicológicos, de rehabilitación y de prótesis o de sustitución de las mismas.

Como novedad, aunque excepcionalmente, los familiares de víctimas fallecidas o de grandes lesionados tendrán derecho al resarcimiento durante un máximo de seis meses



de los gastos de tratamiento médico y psicológico que precisen debidos a las alteraciones psíquicas que les haya causado el accidente. Igualmente, de la Ley 35/2015 es de destacar el que se evita la doble actualización de la cuantía indemnizatoria en cuanto no procederá la actualización del Baremo a partir del momento en que se inicie el devengo de cualesquiera intereses moratorios.

Todo lo anterior, sin perjuicio del libre arbitrio judicial en la aplicación de la Ley, que entendemos deberá ser tenido en cuenta en la valoración del riesgo del siniestro, lo que conllevará necesariamente revisar los criterios para el establecimiento de las reservas de siniestros conforme a la Ley 35/2015, dado el incremento de hasta el 50 por ciento de media en la cuantía de las indemnizaciones en el caso de fallecimiento, respecto a la media del periodo 2005 a 2011, del 35 por ciento para las secuelas y del 12,8 para las lesiones, o la incorporación de la cobertura de los gastos derivados de nuevos perjuicios, como los importes médicos futuros, ciertos gastos de rehabilitación o necesidades de recambio de prótesis de lesionados graves.

Por lo que se refiere a los gastos médicos futuros en los casos de lesiones temporales, debe advertirse que la nueva regulación del nuevo sistema de valoración de daños y perjuicios en las personas causados en accidentes de circulación recoge en la sección 3ª, "indemnización de lesiones temporales". Se utiliza el nuevo nombre de "lesión temporal" frente al anterior sistema que se denominaba "incapacidad temporal", que en cualquier caso va referido al carácter temporal del daño frente al carácter permanente de las actuales "secuelas", antes denominadas lesiones permanentes<sup>7</sup>.

Precisamente en lo relativo al daño emergente, resulta novedosa y chocante con la solución dada por el TS en la comentada sentencia, al incluir de forma expresa los llamados "gastos de asistencia sanitaria" así como, otros "gastos diversos resarcibles".

En los casos de secuelas también se hace la distinción entre perjuicio personal básico, perjuicio personal particular y perjuicio patrimonial, englobando tanto el daño emergente como el lucro cesante.

Frente a la regulación anterior que indemnizaba de forma insuficiente el lucro cesante, multiplicando un porcentaje según los ingresos netos de la víctima por las indemnizaciones básicas, tras el importante logro conseguido con la conocida STS (Sala 1ª) 25 marzo 2010 (RJ 2010, 1987), la nueva normativa reconoce un efectivo

---

<sup>7</sup> Sobre la asistencia médica y tratamiento posterior y la influencia de los mismos en la valoración de los días improductivos y los días de curación y la diferencia entre tratamiento y vigilancia médica, v. MIR RUIZ, A.: "Indemnizaciones por lesiones temporales y factores de corrección", *Manual de valoración del daño corporal*, 2ª ed., Dir., LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J, Aranzadi, Pamplona, 2013, p. 497.



“lucro cesante” a las víctimas. De este modo, según el Apartado III del Preámbulo de la Ley “Uno de los aspectos más importantes de la reforma es, sin lugar a dudas, el tratamiento de los daños patrimoniales, como tercer eje del sistema totalmente separado de los daños extrapatrimoniales, como tercer eje del sistema totalmente separado de los daños extrapatrimoniales. Este tratamiento clarifica y regula con detalle las partidas resarcitorias en concepto de gastos y racionaliza el método de cálculo del lucro cesante”.

Como manifestación de los principios de reparación íntegra y de vertebración del daño y como consagración de la doctrina encabezada por la STS 25 marzo 2010 (RJ 2010, 1987), se trata de indemnizar la pérdida de ingresos y la disminución de la capacidad de obtener ganancias conforme al artículo 33.2 de la nueva Ley. que permitió otorgar a la víctima una indemnización proporcional para reparar el lucro cesante.

Esta tendencia plasmada en el lucro cesante tiene su reflejo también en el daño emergente, como se ha comprobado en los pronunciamientos judiciales señalados, habiéndose consagrado de forma pormenorizada en la Subsección 3ª de la Sección 2ª, en la Tabla 2.C. Se trata de resarcir los *gastos previsibles de asistencia futura*, y también aquellas prestaciones sanitarias que se produzcan en el ámbito domiciliario que, por su carácter especializado, no puedan ser prestadas con la ayuda de tercera persona<sup>8</sup>.

Se recoge en la actual Tabla 2.C, se incluyen dos grupos de gastos constitutivos del daño emergente: los de asistencia sanitaria futura, prótesis, ortesis y rehabilitación domiciliaria y ambulatoria y los gastos por pérdida de autonomía personal.

En cuanto a los primeros, van referidos a una asistencia futura, una vez consolidadas las secuelas, además previstos para lesionados graves. Los gastos previsibles de asistencia sanitaria futura en el ámbito hospitalario y ambulatorio, conforme al artículo 113.1, respecto de las secuelas mencionadas en los apartados 2, 3 y 4 del mismo, tratan de compensar el valor económico de las prestaciones sanitarias en el ámbito hospitalario y ambulatorio que precise el lesionado de forma vitalicia después de que se produzca la estabilización de las lesiones, así como las frente al anterior sistema, precisamente vigente al tiempo de producirse el evento dañoso enjuiciado en la comentada Sentencia del TS, que con la reforma del año 2007 estableció el límite temporal hasta “la sanidad o la consolidación de las secuelas”. Se van a resarcir

---

<sup>8</sup> Vid. DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, P., “Inminente y esperada modificación del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación”, *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, nº 13, 2015, pp. 17-19.



directamente a la Seguridad Social, los servicios públicos de salud dentro de los límites que establece la Tabla 2.C.1., lo que conllevará a que la Sanidad pública se constituya en garante de la prestación de asistencia, debiendo concertar la prestación de tales servicios con centros sanitarios privados para que el lesionado pueda ejercer su facultad de elección, lo que, según la doctrina, va a requerir de una regulación específica al respecto<sup>9</sup>.

Conforme al artículo 114.1, estos gastos de asistencia sanitaria futura serán abonados por las entidades aseguradoras a los servicios públicos de salud conforme a la legislación vigente y los convenios o acuerdos suscritos, dentro de los límites establecidos en la tabla 2.C.1. El perjudicado podrá recibir las prestaciones de asistencia sanitaria por parte de los centros públicos o por parte de los centros sanitarios privados que hayan suscrito conciertos con los servicios públicos de salud, de acuerdo a lo estipulado en los convenios y en esta legislación. De este modo, para facilitar el pago, según el artículo 114.2, las entidades aseguradoras y los servicios públicos de salud podrán suscribir acuerdos específicos para facilitar el pago y garantizar las prestaciones sanitarias a los lesionados. A su vez, los servicios públicos podrán concertar la asistencia sanitaria futura con centros privados que cuenten con los medios materiales y humanos suficientes y necesarios para prestarla.

## 5. Conclusión

Expuesta la nueva regulación, debe concluirse señalando como, en definitiva, resulta sorprendente la solución dada por la sentencia comentada, máxime la tendencia doctrinal y jurisprudencial favorable al resarcimiento, justificada por el principio de indemnidad, la consolidación jurisprudencial de la doctrina indicada, seguida por sentencias posteriores, el transcurso de más de un año de la entrada en vigor de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, que de forma contundente y detallada reconoce la indemnización de estos gastos. Aun tratándose de una normativa no vigente al tiempo del accidente, presupuesta la fecha del siniestro, sin embargo, como ha sido dicho, la vigencia al tiempo de la sentencia justificaría, como ha dicho el TS en muchas ocasiones que la realidad social del tiempo de aplicación de las leyes deba ser tenida en cuenta cuando las mismas deban ser interpretadas. Pero aún más, el principio de indemnidad, la doctrina jurisprudencial dominante y la práctica extrajudicial, hubieran requerido el reconocimiento de la indemnización de estos gastos.

---

<sup>9</sup> MARTÍN-CASALS, M.: “Líneas generales de la Propuesta de nuevo “Sistema de valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en los accidentes de circulación”, *Actualidad aseguradora*, 2014, p. 23.