



demandada al pago de la suma de 176.048,93.- euros, intereses legales producidos desde la fecha de interposición de la demanda, y al pago de las costas procesales.

**SEGUNDO.** Admitida a trámite la demanda se acordó emplazar al demandado, con entrega de copias de la demanda y de los documentos que la acompañan, por término de veinte días comunes para comparecer y contestar a la misma, lo que hizo dentro del plazo concedido, en la representación que tiene acreditada oponiéndose a ella en base a los hechos que constan en escrito de contestación a la demanda que obra en las actuaciones, cuyo contenido se da por reproducido, citando a continuación los fundamentos de derecho que estimaba aplicables, terminando solicitando que, previos los trámites legales pertinentes se dictara sentencia por la que, desestimando la demanda se le absolviera de lo solicitado en el suplico de la misma, condenando en costas a la parte actora.

**TERCERO.** Convocadas las partes para la celebración de la audiencia previa al juicio, prevista en el artículo 414 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, comparecieron las partes asistidas de abogado, intentándose, en primer lugar, conseguir un acuerdo o transacción que pudiera poner fin al proceso, examinándose a continuación las cuestiones procesales que podían obstar a la prosecución de éste y a su terminación, y fijándose por las partes con precisión el objeto del juicio, así como los extremos de hecho y de derecho sobre los que existía controversia. No habiendo acuerdo de las partes para finalizar el litigio, ni existiendo conformidad sobre los hechos, se acordó proseguir la audiencia, proponiéndose por las partes los medios de prueba que tuvieron por conveniente, en la forma que se contiene en escritos presentados en ese momento, y que figuran en las actuaciones, dándose por reproducido su contenido. Admitidas por el Juzgado las pruebas propuestas, en la forma que obra en los autos, se convocó a las partes para la celebración del juicio, en el plazo previsto legalmente; procediéndose a la práctica de las pruebas que habían sido declaradas pertinentes y útiles, que se llevaron a efecto en la forma prevista en los artículos 431 ss. de la Ley 1/2000, de 7 de julio, de Enjuiciamiento Civil, con el resultado que obra en las actuaciones, que se da por reproducido, haciéndose remisión expresa a los autos. Practicadas las pruebas, las partes formularon oralmente sus conclusiones sobre los hechos controvertidos, haciendo un breve resumen de cada una de las pruebas practicadas y exponiendo sus conclusiones sobre los hechos y fundamentos de derecho debatidos en el juicio. A continuación, se declararon los autos conclusos para sentencia.

**CUARTO.** En la tramitación del presente juicio se han observado las prescripciones legales.

#### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

**PRIMERO.** La acción ejercitada en el presente juicio es la fundamentada en el art. 1902 del C.c., derivada de accidente de circulación.

Según constante y unánime doctrina, para aplicar a un caso concreto la regla prevista en el artículo 1902 del C.c., es preciso que concurran tres requisitos que son la realidad de un daño, la relación de causalidad entre éste y el hecho que lo produjo, y la imputabilidad a un sujeto por haber incurrido, según establece el Legislador, en culpa o imprudencia.

**SEGUNDO.** Del resultado de la prueba practicada en el presente juicio y, de manera fundamental, de los datos contenidos en el atestado instruido por la Policía Municipal de Gijón, que se aportó como documento número uno con la demanda, quedan demostrados los siguientes hechos:

1.- El demandante [REDACTED] conducía el día de los hechos, la motocicleta de su propiedad, marca Daelim, modelo SQ 125, matrícula [REDACTED].

2.- La entidad Seguros Allianz es aseguradora del turismo marca Nissan, modelo Micra, matrícula [REDACTED], que el día de los hechos conducía D<sup>a</sup>. [REDACTED].

3.- El día 14 de enero de 2015, el demandante D. [REDACTED] conducía la motocicleta de su propiedad por la calle de Dolores Ibarruri de Gijón, siendo interceptada su trayectoria por el turismo conducido por D<sup>a</sup>. [REDACTED] que, procedente de la calle de Velázquez, realizó un giro hacia la avenida de Oviedo, sin respetar la fase verde que regulaba el paso preferente de aquella motocicleta, en cuya trayectoria se interpuso, provocando la colisión de ambos vehículos.

D<sup>a</sup>. [REDACTED] no respetó el semáforo existente en el lugar de los hechos pues, teniéndolo en fase intermitente, se introdujo en el cruce de calles donde ocurrió el accidente sin respetar la fase verde que otorgaba preferencia de paso a la motocicleta conducida por el demandante D. [REDACTED]. Con dicha maniobra, D<sup>a</sup>. [REDACTED] asumió una situación de riesgo previsible, a la que siguió, con relación de causa a efecto, el resultado lesivo y dañoso sufrido por el perjudicado.

Teniendo en cuenta que las condiciones existentes eran perfectamente previsibles para cualquier persona normal, y que el accidente hubiera podido ser evitado mediante el empleo de una corriente y ordinaria diligencia que resultaron omitidos, no cabe duda que D<sup>a</sup>. [REDACTED] transgredió el deber de cuidado exigible a todo conductor.

Como consecuencia de dicha negligencia, causó perjuicios a una tercera persona, por lo que concurren en su conducta los requisitos exigidos por el artículo 1902 del C.c. para poder declarar su responsabilidad extracontractual por el accidente enjuiciado.

Debe estimarse la demanda y condenarse a la entidad Seguros Allianz a indemnizar al demandante D. [REDACTED] por los daños, lesiones y perjuicios causados, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley de Contrato de Seguros, pues en la fecha del accidente tenía suscrita y en vigor, respecto del automóvil conducido por D<sup>a</sup>. [REDACTED], responsable civil del siniestro, una

póliza de seguro de responsabilidad civil derivada del riesgo del uso y circulación de vehículos de motor.

**TERCERO.** Como consecuencia del accidente, el demandante D. [REDACTED] sufrió fractura de escápula izquierda, fracturas costales izquierdas segunda a octava, y derechas quinta a octava, contusión pulmonar, y luxación de articulación de chopart en tobillo izquierdo.

Así consta en los informes de alta emitidos por los Servicios de Urgencias de los Hospitales de Cabueñes de Gijón, y Universitario Central de Asturias de Oviedo, que se aportaron con la demanda como documentos número dos al cuatro. Debe concederse plena eficacia probatoria a dichos informes, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 326 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Por un lado, porque no han sido impugnados por la parte demandada. Y, por otro lado, han sido emitido por médicos asistenciales, que no tienen ningún interés en el asunto enjuiciado, pues su actividad se ha limitado a intentar curar las dolencias que sufría su paciente. Por ello, puede declararse la neutralidad y objetividad de su actuación, en cuanto a la cuestión enjuiciada.

**CUARTO.** Con la demanda se aportó informe emitido por el Dr. [REDACTED] en el que se indica que el período de incapacidad temporal sufrido por el demandante D. [REDACTED] se prolongó durante 497.- días, de los que durante 30.- días estuvo ingresado hospitalariamente, y otros 467.- días fueron improductivos, quedándole como secuela las siguientes: 1.- Artrosis subastragalina de pie izquierdo, que valora en tres puntos. 2.- Limitación para la inversión de pie izquierdo, al 50%, que valora en dos puntos. 3.- Limitación para la eversión del pie izquierdo, al 50%, que valora en dos puntos. 4.- Dolor en pie izquierdo, que valora en tres puntos. 5.- Rotura en ligamento cruzado anterior, que valora en quince puntos. 6.- Artrosis en codo derecho, que valora en tres puntos. 7.- Agravación de artrosis en muñeca derecha, que valora en tres puntos. 8.- Agravación en artrosis lumbar, que valora en dos puntos. 9.- Depresión grave, que valora en nueve puntos. 10.- Estrés postraumático, que valora en dos puntos. 11.- Impotencia sexual, que valora en nueve puntos. 12.- Limitación de flexión anterior de hombro izquierdo, que valora en cinco puntos. 13.- Limitación para abducción de hombro izquierdo, que valora en cinco puntos. 14.- Limitación en la rotación externa de hombro izquierdo, que valora en 3 puntos. 15.- Perjuicio estético moderado, consistente en cicatriz en muslo, cojera y utilización de bastón, que valora en diez puntos.

Con la contestación a la demanda se aportó informe emitido por el Dr. Sr. [REDACTED] en el que se indica que el período de incapacidad temporal del demandante D. [REDACTED] se prolongó durante 377.- días, de los que durante 30 días estuvo hospitalizado, y los restantes 346.- días fueron improductivos; siendo las secuelas las siguientes: 1.- Artrosis subastragalina de pie izquierdo, valorable en un punto. 2.- Lesiones de ligamentos cruzados, que valora en diez puntos. 3.- Anquilosis de hombro, que valora en ocho puntos. 4.- Codo doloroso, que valora en tres puntos. 5.- Agravación de artrosis de muñeca, que valora en tres puntos. 6.- Agravación de artrosis lumbar previa, que valora en dos

puntos. 7.- trastorno depresivo reactivo, que valora en ocho puntos. 8. Síndrome de estrés postraumático, que valora en dos puntos. Y 9.- Perjuicio estético moderado, que valora en diez puntos.

**QUINTO.** En relación con el período de hospitalización, debe fijarse en 31.- días, porque sobre dicha cuestión existe coincidencia en los dictámenes emitidos por ambos peritos, y no existe ningún motivo para dudar de la valoración, conforme e igual, mostrada por ambos facultativos. Además, como documento número ocho de los aportados con la demanda se aportó un informe de alta hospitalaria emitido por el Hospital Begoña de Gijón, en el que consta que el ingreso en dicho centro se había producido el día 30 de enero de 2015, y el alta el día 13 de febrero de 2015.

Para fijar la indemnización por incapacidad temporal con ingreso hospitalario, deberá aplicarse el baremo vigente en la fecha del siniestro, que es el contenido en Resolución de 5 de marzo de 2014 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Con arreglo a la tabla quinta del baremo, corresponde al demandante D. [REDACTED] una indemnización de 71.84.- euros por cada uno de los 31.- días de ingreso hospitalario, lo que supone un total de 2.227.04.- euros.

Dicha suma deberá incrementarse en un 10%, en concepto de perjuicios económicos, dado que el perjudicado se encontraba en edad laboral. El criterio que debe tomarse en consideración para establecer dicho incremento de indemnización, como factor de corrección de la indemnización básica, es el expuesto (la edad laboral del perjudicado), con independencia de otras consideraciones y, fundamentalmente, es indiferente cuales fueron los ingresos habidos durante ese período. Por ello, dada la edad del perjudicado, el factor de corrección debe fijarse en un 10%. Tampoco puede incrementarse dicha suma pues conforme a la prueba pericial practicada a instancias de la parte actora, durante todo el período de incapacidad temporal sufrida por el demandante D. [REDACTED] no disminuyeron sus ingresos económicos.

**SEXTO.** En relación con la duración del período de incapacidad temporal, el perito propuesto por la parte demandante, Sr. [REDACTED] considera que el día final de dicho período se debe situar el día 25 de mayo de 2016, que es la fecha en que la Seguridad Social se declaró que el demandante D. [REDACTED] estaba en situación de incapacidad permanente total. El perito propuesto por la parte demandada considera que el período de incapacidad temporal se prolongó hasta el día 21 de enero de 2016, que es cuando se estabilizaron las lesiones que padece el demandante, como consecuencia del accidente.

La doctrina declara, de manera reiterada, que el período de incapacidad temporal finaliza cuando se produce la estabilización de las lesiones sufridas por el perjudicado, entendiéndose por tal la consolidación de su proceso curativo, que se producirá, bien cuando haya sanado por la curación total de sus dolencias o bien cuando, tras aplicar el tratamiento médico correspondiente a las lesiones sufridas, ya no se produzca ninguna mejoría, o incluso exista un empeoramiento de su situación clínica. En ese momento, cuando se estabilizan las lesiones sufridas, finaliza el período de

incapacidad temporal. Si perduraran las dolencias, o si el lesionado está impedido para dedicarse a sus ocupaciones habituales, la causa se deberá posiblemente a las secuelas que le hayan quedado, por lo que ese periodo de tiempo, hasta que pueda hacerlo, ya no puede valorarse como incapacidad temporal indemnizable según el baremo, lo cual, no obsta a que sea indemnizable por otra vía.

El período de incapacidad temporal se prolonga, por tanto, hasta la fecha de estabilización lesional. Dicho período no finaliza cuando se constata por un médico o por un tribunal administrativo o de otra índole, que dichas dolencias han curado. Es decir, aunque el alta médica pueda demorarse un tiempo, la fecha de incapacidad temporal no será el día de dicha alta médica declarada por un facultativo, sino cuando las lesiones se estabilizaron.

Por ello, no puede situarse el final del período de incapacidad temporal en la fecha en que la Seguridad Social declaró que el demandante D. [REDACTED] se encontraba en situación de incapacidad permanente total. En primer lugar, porque dicha resolución administrativa no es más que una constatación de una situación médica anterior, estableciendo cuales son sus efectos y consecuencias. En segundo lugar, y como derivación de ello, porque necesariamente la estabilización lesional se debió producir antes de dicha fecha, que no es más que una constatación posterior de dicha estabilización. Y, en tercer lugar, porque dicha resolución carece de cualquier clase de vinculatoriedad a los efectos enjuiciados, pues son distintos los principios y criterios que se establecen en el campo laboral de la Seguridad Social de los regulados por las leyes civiles y las que inspira las relaciones entre las partes en el campo de la Ley del Seguro.

Con la demanda se aportó documentación médica como documentos números dieciocho y siguientes, en la que consta la descripción de las lesiones sufridas por el demandante D. [REDACTED] en los días 10 de diciembre de 2015, y 18 de febrero, 22 y 23 de marzo, 13 de abril, 16 de mayo, 4 de junio, y 12 de agosto de 2016. En todas ellas se aprecia que las lesiones no evolucionaron, de manera esencial, durante todo ese período. Por el contrario, se mantuvieron estables. Por ello, no es aventurado fijar el período de estabilización lesional el día 21 de enero de 2016 y, por tanto, el período de incapacidad temporal, impositiva en su integridad, en 346.- días, de manera coincidente con el dictamen emitido por el perito propuesto por la parte demandada Sr. [REDACTED].

Para fijar la indemnización por incapacidad temporal impositiva que corresponde percibir al demandante D. [REDACTED], deberá aplicarse el baremo vigente en la fecha del siniestro, que es el contenido en Resolución de 5 de marzo de 2017 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Con arreglo a la tabla quinta del baremo, corresponde al demandante una indemnización de 58.41.- euros por cada uno de los 346.- euros fijados lo que supone un total de 20.209,86.- euros, a cuyo pago, junto con un incremento de un 10%, deberá condenarse a la entidad Seguros Allianz.

**SÉPTIMO.** En relación con las secuelas, existen coincidencias y divergencias entre ambos peritos.

Debe declararse que el demandante D. [REDACTED] sufre artrosis subastragalina del pie izquierdo. Ambos peritos coinciden en que dicha secuela sí que existe. Sin embargo, discrepan en el hecho de si debe incluirse o no, dentro de dicha secuela, otras distintas, como son las enumeradas como dos, tres y cuatro por el perito Dr. Sr. [REDACTED], consistentes en limitaciones en movilidad del pie y dolor.

Considero que la secuela de artrosis comprende e incluye las de limitación de movimientos y de dolor, que se engloban en aquella. A tales efectos, es de aplicación lo dispuesto en el artículo 97, apartado tercero, de la Ley 8/2004, de 20 de octubre, que establece que una secuela debe valorarse una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados del baremo médico. No se valoran las secuelas que estén incluidas o se deriven de otras, aunque estén descritas de forma independiente. Por tanto, pudiéndose considerar que el dolor en el pie, o la limitación de movimientos está causada por la artrosis que sufre el demandante D. [REDACTED], no puede indemnizarse de manera independiente por dichos conceptos.

Debe fijarse en cinco puntos dicha secuela, que es el máximo previsto en el baremo, dadas las limitaciones que conlleva dicha dolencia, y las algias que provocan al demandante.

Debe declararse que el demandante D. [REDACTED] sufre rotura de ligamentos cruzados en su rodilla. Mientras que el Dr. Sr. [REDACTED] lo valora en quince puntos, que es el máximo previsto en el baremo, el Dr. Sr. [REDACTED] lo valora en 10.- puntos, pues considera que dicha lesión no es total, ni imposibilita al demandante D. [REDACTED] la utilización del órgano afectado.

Ante la falta de concordancia de las conclusiones de dichos dos informes periciales, y a falta de otro criterio mejor, deberá aplicarse un principio de equidad, en el sentido de equidistancia o promedio entre las dos valoraciones periciales; y, por ello, debe fijarse dicha secuela en trece puntos.

Debe declararse que el demandante D. [REDACTED] sufre artrosis en codo, valorable en tres puntos, pues sobre esta cuestión existe concordancia entre ambos peritos, y no existe ninguna razón para llevar la contraria a ninguno de ellos.

Debe declararse que el demandante D. [REDACTED] sufre agravación de artrosis en muñeca, valorable en tres puntos, pues ambos peritos están de acuerdo sobre esta cuestión.

Debe declararse que el demandante D. [REDACTED] sufre agravación de artrosis lumbar, valorable en dos puntos, pues sobre esta cuestión existe acuerdo entre ambos peritos.

Debe declararse que el demandante D. [REDACTED] [REDACTED] sufre depresión, o trastorno depresivo reactivo, que se valorará en nueve puntos, siendo el máximo de los dos valores establecidos por el perito. La consideración fundamental para ello es que la situación del demandante D. [REDACTED] [REDACTED] es suficientemente grave para establecer dicha puntuación, y teniendo en cuenta, también, las secuelas secundarias provocadas por el tratamiento, de las que la más grave es la impotencia sexual que padece.

No puede fijarse una indemnización independiente por la secuela de impotencia sexual, pues la misma es una consecuencia de la depresión que sufre el demandante D. [REDACTED] [REDACTED], y del tratamiento que recibe, lo que obliga a incluirla y englobarla en dicha secuela de depresión. Es de aplicación lo dispuesto en el artículo 97 de la Ley 8/2004, de 29 de octubre, que establece que una secuela debe valorarse una sola vez, aunque su sintomatología se encuentre descrita en varios apartados del baremo médico, sin perjuicio de lo establecido respecto del perjuicio estético. De manera expresa se indica que "no se valoran las secuelas que estén incluidas o se deriven de otras, aunque estén descritas de forma independiente", que es el caso analizado.

En relación con la secuela de estrés postraumático, debe valorarse en dos puntos, pues ambos peritos coinciden en su existencia y su puntuación.

Debe declararse que el demandante [REDACTED] [REDACTED] sufre limitación de movimientos en su hombro. Mientras que el perito propuesto por la parte actora desglosa dicha secuela en tres diferentes (que son las identificadas con los números doce, trece y catorce en su dictamen), a las que otorga un valor total de 13.- puntos, el perito propuesto por la parte demandada engloba todos esos síntomas en una sola secuela, a la que otorga ocho puntos.

En aplicación de lo dispuesto en el artículo 97 de la Ley 8/2004, de 29 de octubre, no puede desglosarse en varias una misma secuela, por lo que deberá declararse que el demandante D. [REDACTED] [REDACTED] sufre una incapacidad permanente consistente en limitación de movimientos en el hombro.

Para fijar la puntuación relativa a dicha secuela deberá aplicarse un criterio de equidad, en el sentido de equidistancia o promedio entre las puntuaciones ofrecidas por ambos peritos y, por tanto, establecer por la misma un total de once puntos.

Por último, existe perjuicio estético, que ambos peritos valoran, de manera coincidente, en diez puntos, lo que obliga a fijar el valor de dicha incapacidad permanente de manera coincidente con lo expuesto por ambos peritos.

Tras aplicar la fórmula relativa a las secuelas concurrentes, resulta un total de 42.- puntos para las secuelas físicas, y otros diez puntos para las secuelas estéticas.



En aplicación del baremo vigente en la fecha del siniestro, corresponde al demandante D. [REDACTED] una cantidad de 1.523.94.- euros por cada uno de los 42.- puntos fijados para sus secuelas fisiológicas, lo que supone un total de 64.005,48.- euros, y una cantidad de 789,87.- euros por cada uno de los 10.- puntos fijados para la secuela estética, lo que supone un total de 7.898.70.- euros, a cuyo pago debe condenarse a la entidad Seguros Allianz.

No se reclama en la demanda una indemnización por perjuicios económicos derivados de la incapacidad permanente, en base a la aplicación de un porcentaje sobre la indemnización por secuelas, en aplicación de la tabla cuarta del baremo; aunque sí que lo hace de manera distinta, como seguidamente se analizará.

**OCTAVO.** El demandante D. [REDACTED] fue declarado en situación de incapacidad permanente total, por resolución dictada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, de la que se aportó una copia con la demanda.

Debe indemnizarse al demandante D. [REDACTED] por dicha incapacidad, en aplicación de la tabla cuarta del baremo que, como factor de corrección para lesiones permanentes, fija para los supuestos de incapacidad permanente total un mínimo de 19.172,55.- euros, y un máximo de 95.862,67.- euros, pues entiendo que las lesiones que sufre el demandante le van a impedir, de manera total, poder realizar las tareas de su ocupación o actividad habitual.

Atendiendo a las circunstancias del caso, considero razonable y adecuada la indemnización reclamada, por importe de 72.000.- euros. Debe tenerse en cuenta que, por su edad, por el tipo de trabajo que realizaba, y por la naturaleza de las dolencias que sufre como consecuencia del accidente, es altamente improbable que el demandante D. [REDACTED] pueda volver a trabajar, en ningún trabajo, que pueda adecuarse mínimamente a su situación física, psíquica, y mental; y que sus actividades habituales no laborales van a quedar seriamente mermadas. Por tanto, es prudente y sensato fijar la indemnización por dicho perjuicio en la suma expresada, para poder compensar adecuadamente la situación física, emocional y personal en que ha quedado el perjudicado como consecuencia del accidente.

No puede aplicarse ningún porcentaje de reducción de dicha indemnización, en la forma pretendida en la contestación a la demanda. Debe tenerse en cuenta lo siguiente. Por un lado, la indemnización fijada en la jurisdicción civil atiende a la situación en que se encuentra el demandante D. [REDACTED], con independencia de otras consideraciones. Y, por otro lado, los conceptos y criterios utilizados administrativamente para establecer un porcentaje no son traspolables a la jurisdicción civil, no sólo porque tienen una finalidad completamente distinta, sino porque se basan en unos criterios ajenos a la decisión que debe adoptarse en este procedimiento. Como indica la sentencia dictada con fecha de 20 de julio de 2011 por la Sala primera del Tribunal Supremo, "en la valoración de estas circunstancias, el órgano jurisdiccional civil actúa con libertad y sin vinculación absoluta en cuanto a la interpretación de los efectos de lo

que sin duda han reconocido las autoridades laborales al otorgar la incapacidad permanente".

**NOVENO.** Se reclama en la demanda que se condene a la entidad Seguros Allianz a pagar la suma de 46.313.60.- euros, como lucro cesante, que es la cifra en que se calcula la disminución de ingresos futuros que sufrirá el demandante D. [REDACTED], como consecuencia de su incapacidad permanente total, hasta la fecha prevista para su jubilación, en el año 2021.

Así consta en el informe pericial emitido a instancias de la parte actora, que se acompañó con la demanda, y cuyo contenido fue ratificado y explicado por su autor, en declaración prestada en el acto del juicio. Debe concederse plena eficacia probatoria a dicho dictamen, tras su valoración conforme a las reglas de la sana crítica previstas en el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a la vista de las explicaciones ofrecidas por el perito, y por no existir ningún otro dictamen contradictorio, que permita dudar de las conclusiones de dicha pericia.

Debe aplicarse la compensación por lucro cesante reclamada a favor del demandante D. [REDACTED], estimándose la petición de condena de la entidad Seguros Allianz al pago de la suma de 46.313,60.- euros.

El régimen legal de responsabilidad civil por daños causados en la circulación distingue conceptualmente entre la determinación del daño y su cuantificación. La determinación del daño se regula en el artículo primero, apartado primero, de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor. La cuantificación del daño se regula en el apartado segundo de dicha norma, en que se indica que se llevará a cabo "con arreglo a los criterios y dentro de los límites indemnizatorios fijados en el anexo de esta ley", es decir, con arreglo al baremo, o sistema de valoración de los daños causados a las personas en accidentes de circulación. De dicha norma se desprende que los perjuicios causados deben ser indemnizados en su totalidad, definiendo como daños y perjuicios determinantes de responsabilidad los "daños y perjuicios causados a las personas, comprensivos del valor de la pérdida sufrida y de la ganancia que hayan dejado de obtener, previstos, previsibles o que conocidamente se deriven del hecho generador, incluyendo los daños morales".

La reparación íntegra del daño causado se proclama, nuevamente, en el apartado primero, número séptimo, del Anexo, en el que se enumeran las circunstancias que se tienen en cuenta "para asegurar la total indemnidad de los daños perjuicios causados". La tabla segunda se refiere a los criterios para ponderar los "restantes daños y perjuicios ocasionados" en caso de fallecimiento, es decir, aquellos que exceden de la indemnización básica que resulta de la aplicación de la tabla primera. Y, en la tabla cuarta, se repite dicho criterio para la incapacidad permanente o secuelas reguladas en la tabla tercera. Es decir, establece las indemnizaciones por los "restantes daños y perjuicios ocasionados", que serán aquellos que excedan de la indemnización básica que resulta de la aplicación combinada de las tablas tercera y sexta.

El lucro cesante es indemnizable, pues es uno de los conceptos incluidos en una reparación integral del daño sufrido por el perjudicado. En el artículo primero de la Ley



sobre Responsabilidad civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor se incluye en los daños y perjuicios causados a las personas el "valor de la pérdida sufrida y de la ganancia que hayan dejado de obtener". En términos generales, el artículo 1106 del Código Civil regula la indemnización por lucro cesante. La duda surge en considera si la indemnización por lucro cesante está o no incluida en los conceptos contenidos en la tabla cuarta del baremo.

En el ámbito de la cuantificación del daño, el anexo, primero, apartado séptimo, establece como circunstancias que se tienen en cuenta para asegurar la total indemnidad de los daños y perjuicios causados, "las circunstancias económicas, incluidas las que afecten a la capacidad de trabajo y pérdida de ingresos de la víctima, las circunstancias familiares y personales y la posible existencia de circunstancias excepcionales que puedan servir para la exacta valoración del daño causado.

Por otro lado, los factores de corrección de la indemnización por fallecimiento e incapacidad permanente, regulados en las tablas segunda y cuarta del baremo, se satisfacen separadamente y con carácter adicional a los que la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor define como "gastos correspondientes al daño emergente, esto es, los de asistencia médica y hospitalaria y los de entierro y funeral". Por ello, interpretando a contrario sensu, debe admitirse que se contemplan criterios para la valoración del lucro cesante.

En la tabla cuarta, que es la aplicable en el caso enjuiciado, el factor de corrección por perjuicios económicos se integra con un porcentaje mínimo y máximo de aumento sobre la indemnización básica respecto de cada tramo en que se fijan los ingresos netos de la víctima calculados anualmente. En dicho factor de corrección se incluye la indemnización por reparación en base a lucro cesante sufrido por el perjudicado, aunque la referencia que se toma son los ingresos percibidos por la víctima.

La regulación de este factor de corrección presenta, sin embargo, características singulares. Su importe se determina por medio de porcentajes que se aplican sobre la indemnización básica, es decir, sobre un valor económico orientado a resarcir un daño no patrimonial. Se funda en una presunción, al no exigir la prueba de una pérdida de ingresos, sino sólo la capacidad de ingresos de la víctima. De esta regulación se infiere que el factor de corrección por perjuicios económicos exime al perjudicado de probar la existencia de un lucro cesante. Pero, en sentido contrario, como quiera que se calcula en base a un porcentaje (que es un concepto ajeno al lucro cesante), puede no guardar proporcionalidad con los perjuicios reales por tal concepto. La regulación del baremo de esta clase de indemnización es claramente insuficiente.

En cuanto al factor de corrección por incapacidad permanente, ya sea parcial, total o absoluta, no tiene por objeto, únicamente, resarcir el perjuicio patrimonial provocado por una imposibilidad de llevar a cabo la actividad laboral (a la que no se refiere expresamente). Su objeto principal es reparar el daño moral ligado a los impedimentos de cualesquiera ocupaciones o actividades, siempre que merezcan el calificativo de habituales. Con dicha imprecisión, debe entenderse que dicho factor de corrección cubre daños



morales y, dentro de éstos, pueden incluirse los perjuicios patrimoniales por disminución de ingresos de la víctima.

En tal sentido se pronuncia la doctrina de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, expuesta en sentencia dictada con fecha de 17 de julio de 2007. En dicha resolución se considera que el factor de corrección fijado en la tabla cuarta del baremo tiene como objeto principal reparar el daño moral ligado a los impedimentos de cualesquiera ocupaciones o actividades, siempre que merezcan el calificativo de habituales; conclusión que se alcanza valorando, entre otras razones, que en la enunciación del factor de corrección se utiliza el término «ocupación o actividad habitual» y no se contiene ninguna referencia a la actividad laboral del afectado, así como que, de acuerdo con la explicación del sistema que contiene el Anexo segundo, b), con relación a dicha Tabla IV, se trata de un factor de corrección compatible con los demás de la Tabla, entre los que se encuentra el factor de corrección por perjuicios económicos. La falta de vertebración de los tipos de daño de que adolece el sistema de valoración impide afirmar que este factor de corrección sólo cubre daños morales y permite aceptar que en una proporción razonable pueda estar destinado a cubrir perjuicios patrimoniales por disminución de ingresos de la víctima; pero no puede aceptarse esta como su finalidad única, ni siquiera principal. Cuando se trata del factor corrector de incapacidad permanente total, su aplicación depende de la concurrencia del supuesto de hecho, consistente en la realidad de unas secuelas de carácter permanente que además incidan en la capacidad de la víctima de manera tal que la priven totalmente de la realización de las tareas propias de su ocupación o actividad habitual.

Si bien en principio puede existir una contradicción entre el principio de íntegra reparación, comparándolo con la cuantificación de los perjuicios sufridos por lucro cesante; y, aunque la regulación contenida en el baremo aplicable al supuesto enjuiciado pueda resultar insuficiente para aclarar dicha cuestión, no puede dejar de aplicarse los criterios de indemnización contenidos en el mismo, ni prescindir de los límites establecidos en la tablas, pues en tal caso se infringiría el valor vinculante del sistema de valoración para la cuantificación del daño, consagrado en el artículo primero, punto segundo, de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.

En caso de incapacidad permanente, la tabla cuarta remite a los "elementos correctores" del apartado primero, número séptimo, del Anexo, estableciendo un porcentaje de aumento o de reducción, a tener en cuenta "según las circunstancias". De una interpretación sistemática de dicha norma, debe entenderse que los elementos correctores no pueden ser solo los expresamente calificados como de aumento o disminución, sino todos los criterios comprendidos en él susceptibles de determinar una corrección de la cuantificación del daño; por consiguiente, también los fundados en aspectos excepcionales, relacionados con las circunstancias personales y económicas de la víctima.

La singularidad de la tabla cuarta, que no establece una limitación cuantitativa alguna en la ponderación del factor de corrección por concurrencia de elementos correctores del Anexo, apartado primero, punto séptimo, en contraposición al principio seguido en las demás tablas (donde sólo se admite la

consideración de elementos de reducción de la indemnización con un límite cuantitativo), tiene su justificación sistemática en la aplicación del principio de indemnidad total de la víctima de secuelas permanentes, en todos los casos aunque especialmente en los supuestos de gran invalidez, dada la gravedad de los casos analizados, y la dificultad de prever con exactitud todas las circunstancias.

En definitiva, la indemnización por lucro cesante, cuando existe una disminución de ingresos de la víctima que ha sido declarada en situación de incapacidad permanente, no es susceptible de ser indemnizada de manera ajena a la tabla cuarta del baremo, pero sí puede ser compensado proporcionalmente, mediante la aplicación del factor de corrección por perjuicios económicos, cuando concurren circunstancias que puedan calificarse de excepcionales.

La parte demandante no reclama el pago de una indemnización por lucro cesante, en base a un porcentaje de la suma fijada como indemnización por secuela. Si los ingresos anuales del demandante D. [REDACTED] son de 35.931,60.- euros, conforme se expone en el informe pericial aportado con la demanda, podría aplicarse un factor de corrección de un 25% que, sobre la suma de 71.904,18.- euros fijada como indemnización por secuelas, de lo que resultaría un total de 17.976.05.- euros. Pero la parte demandante no reclama dicha suma como lucro cesante, sino la cantidad de 46.313,60.- euros que supone un 64,41% de la indemnización por secuelas (es decir, no excede del 75% máximo fijado por la tabla cuarta del baremo).

Debe indemnizarse al demandante D. [REDACTED] en dicha suma, pues la prueba pericial practicada en el juicio pone de manifiesto la existencia de dicho perjuicio, realmente producido, que no se compensa con la aplicación de los factores de corrección. Existe un grave desajuste entre el factor de corrección por perjuicios económicos, calculado conforme a la tabla cuarta del baremo, y el lucro cesante futuro realmente padecido por el perjudicado, que asciende a una cantidad más de dos veces y media superior. La prueba pericial, que pone de manifiesto dicho desfase, debe tener eficacia probatoria plena, tras su valoración conforme a las reglas de la carga de la prueba previstas en el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, sobre todo porque no existe ninguna otra prueba contradictoria que autorice a declarar que las conclusiones del perito puedan ser erróneas, o que sus cálculos no se corresponden con la realidad.

La doctrina contenida en la sentencia 181/2000 del Tribunal Constitucional, aunque referida a la incapacidad temporal, permite el resarcimiento por lucro cesante, en la suma a que asciende el perjuicio real, entendiéndose que una valoración insuficiente del daño por la ley no puede provocar una limitación de la indemnización, y que el importe de la indemnización vendrá determinado por los perjuicios efectivamente probados, si son superiores.

El perjuicio sufrido por el demandante D. [REDACTED], en concepto de ganancias futuras que no va a percibir, no puede ser indemnizado, sólo, por la aplicación de factor de corrección contenido en la tabla cuarta del baremo. Pero, como es necesario que sea indemnizado por dicho perjuicio, para que pueda producirse una reparación íntegra del daño sufrido como consecuencia del accidente de circulación enjuiciado, entendiéndose que es aplicable un factor

de corrección superior al previsto en el baremo, lo cual compensará realmente la disminución auténtica y verdadera de ingresos que va a sufrir el demandante D. [REDACTED] en el futuro. No puede olvidarse que la falta de vertebración de la indemnización por este concepto de lucro cesante en el baremo aplicable, no impide que pueda articularse la misma en base a la prueba practicada en el juicio. Y, en consecuencia, debe condenarse a la entidad Seguros Allianz a indemnizar al demandante D. [REDACTED] en la suma reclamada, por importe de 46.313.60.- euros.

**DÉCIMO.** Debe indemnizarse al demandante D. [REDACTED] en la suma de 6.574.95.- euros, por gastos generados como consecuencia del accidente, lo cual se justifica con la documentación aportada con la demanda, y se ha reconocido por la parte demandada.

No puede incluirse los gastos generados por desplazamientos y coste de un curso de la esposa del demandante, a que se refieren los documentos números cuarenta y seis a cuarenta y ocho de los aportados con la demanda, pues éste no está legitimado para reclamar en nombre de aquella.

**DÉCIMO PRIMERO.** La indemnización total a cuyo pago debe condenarse a la entidad Seguros Allianz debe fijarse en 143.560,31.- euros, resultante de sumar y restar las siguientes cantidades de dinero: La suma de 2.227.04.- euros, como indemnización por incapacidad temporal con ingreso hospitalario; la suma de 20.209.86.- euros, como indemnización por incapacidad temporal impeditiva; la suma de 2.243.69.- euros como factor de corrección por perjuicios económicos derivados de la incapacidad temporal; la suma de 64.005.58.- euros, como indemnización por incapacidad definitiva o secuelas físicas; la suma de 7.898.70.- euros, como indemnización por incapacidad definitiva o secuelas estéticas; la suma de 72.000.- euros, como indemnización por incapacidad permanente total; la suma de 46.313.60.- euros, como lucro cesante; y la suma de 6.574.95.- euros, por gastos.

De dicha suma total de 221.473,32.- euros, debe descontarse las cantidades pagadas antes del juicio por la entidad Seguros Allianz, que son la suma de 23.571.05.- euros, entregada con fecha de 10 de abril de 2015, y la suma de 54.341.96.- euros, entregada con fecha de 6 de octubre de 2016.

**DÉCIMO SEGUNDO.** La entidad Seguros Allianz deberá abonar un interés igual al interés legal del dinero, incrementado en un 50%, respecto de la suma a cuyo pago ha sido condenada, a contar desde la fecha del accidente, hasta el día 14 de enero de 2017, respecto de la suma a que ha sido condenada, por importe de 143.560.31.- euro.

La entidad Seguros Allianz deberá pagar un interés de un 20% anual: respecto de la suma de 42.733.77.- euros, a contar desde el día 15 de enero de 2017 hasta el día 7 de julio de 2017, en que ha sido consignada dicha cantidad en la cuenta del Juzgado; y respecto de la suma restante, de 100.826.60.- euros, desde el día 15 de enero de 2017, hasta la fecha de su completo y total pago.

Todo ello, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

**DÉCIMO TERCERO.** Cada una de las partes abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad, en aplicación del art. 394 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por haberse estimado parcialmente la demanda interpuesta.

Vistos los preceptos legales citados, concordantes y demás de general y pertinente aplicación,

**FALLO:** Que estimando parcialmente la demanda interpuesta por la Procuradora de los Tribunales D<sup>a</sup>. Marta González Fernández, en nombre y representación de D. [REDACTED], debo condenar y condeno a la entidad demandada ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANÓNIMA, representada por el Procurador de los Tribunales D. Javier Castro Eduarte, a que pague al demandante la cantidad de CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA EUROS CON TREINTA Y UN CÉNTIMOS (143.560,31.- euros).

Se condena a la entidad Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., a que pague al demandante D. [REDACTED] los intereses legales producidos, que se calcularán de la manera siguiente. La entidad demandada deberá abonar un interés igual al interés legal del dinero, incrementado en un 50%, respecto de la suma de 143.560,31.- euros, a contar desde la fecha del accidente, hasta el día 14 de enero de 2017. La entidad demandada deberá pagar un interés de un 20% anual: respecto de la suma de 42.733.77.- euros, a contar desde el día 15 de enero de 2017 hasta el día 7 de julio de 2017; y respecto de la suma restante, de 100.826.60.- euros, desde el día 15 de enero de 2017, hasta la fecha de su completo y total pago.

Cada una de las partes abonará las costas causadas a su instancia y las comunes por mitad.

Así por esta mi sentencia lo pronuncio, mando y firmo.  
E/.

**PUBLICACIÓN.-** En el mismo día ha sido leída y publicada la anterior sentencia por el Sr. Magistrado Juez que la dictó y suscribe, estando celebrando audiencia pública ordinaria. Doy fe.

